

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912. — N° 35

*Travail du Laboratoire de la Clinique obstétricale de la Faculté
de Médecine de Lyon*

LA
CÉSARIENNE EXTRAPÉRITONÉALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 13 Décembre 1911

PAR

JULES DELRIEU

Élève de l'École du Service de Santé militaire

Né à Paris, le 7 février 1887



LYON

IMPRIMERIE P. LEGENDRE & C^{ie}

14, rue Bellecordière, 14

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912. — N° 35

*Travail du Laboratoire de la Clinique obstétricale de la Faculté
de Médecine de Lyon*

LA

CÉSARIENNE EXTRAPÉRITONÉALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 13 Décembre 1911

PAR

JULES DELRIEU

Élève de l'École du Service de Santé militaire

Né à Paris, le 7 février 1887



LYON

IMPRIMERIE P. LEGENDRE & C^{ie}

14, rue Bellecordière, 14

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LEPINE, PIERRET

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.	NICOLAS.
Physique médicale.	X.
Chimie médicale et pharmaceutique.	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	HUGOUNENQ
Anatomie.	MOREL.
Anatomie générale et Histologie.	BEAUVISAGE
Physiologie.	GUIART.
Pathologie interne.	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	RENAUT.
Anatomie pathologique.	MORAT.
Médecine opératoire.	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.	COURMONT (P).
Médecine légale.	PAVIOI
Hygiène.	POLLOSSON (M)
Thérapeutique.	X.
Pharmacologie.	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	PIC
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale.	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.	MOREAU,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique.	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.	VILLARD.	—
Clinique infantile.	MOURIQUAND.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	J. LEPINE.	NOGIER.	TAVERNIER.
REGAUD.	LESIEUR.	LATARGET	CADE
COMMANDEUR.	Etienne MARTIN	BRETIN	MOURIQUAND
GAYET.	LAROYENNE	LERIC HE	ARLOING (F)
NEVEU-LEMAIRE	VORON.	THÉVENOT	GUILLEMARD
PATEL.			

M. BA YLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FABRE, Président ; NOVÉ-JOSSERAND, Assesseur ;
MM. COMMANDEUR et VORON, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

*Je dédie ce travail comme un
modeste gage de ma profonde re-
connaissance et de mon infinie ten-
dresse.*

A MON FRÈRE LOUIS

A MA SOEUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR
J. COURMONT

PROFESSEUR D'HYGIÈNE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MÉDECIN DES HÔPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Nous lui exprimons nos vifs remer-
ciements pour l'intérêt qu'il a bien
voulu nous témoigner ; nous garderons
le souvenir de son extrême amabilité.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FABRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE LYON

AVANT-PROPOS

Au cours de notre stage d'accouchement, M. le professeur Fabre nous proposa le sujet du présent travail et nous ouvrit aimablement les portes de son laboratoire. Durant une année, il ne nous ménagea point l'aide précieuse de ses conseils et nous accueillit toujours dans sa clinique avec la plus grande affabilité.

Il nous fait aujourd'hui l'honneur de présider notre thèse : nous le prions d'agréer ici l'hommage de notre profond respect et de notre durable reconnaissance.

Nous sommes heureux de remercier ici M. Bourret, chef de clinique, et M. Rhenter qui ont bien voulu s'intéresser à notre thèse : en maintes circonstances, ils nous ont éclairé de leur science et nous ont guidé dans nos recherches.

Nous ne voulons pas quitter l'Ecole sans adresser aux docteurs Adde, Houlez et Théveney, nos camarades de promotion, le témoignage de notre vive sympathie.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

L'opération césarienne, la section classique du corps de l'utérus sur la ligne médiane après ouverture de la cavité péritonéale a subi au cours de ces dernières années une évolution entièrement nouvelle. Cette opération a été l'objet de nombreuses controverses, de sérieuses critiques en ont été présentées et son procès, dans les détails duquel nous n'avons pas à entrer ici, a été le sujet de nombreuses discussions qui ont été soutenues un peu partout. Bref, on est arrivé à la considérer, en Allemagne surtout, comme une méthode bien souvent détectueuse, dans de nombreux cas nettement contre-indiquée : aussi des techniques nouvelles n'ont pas tardé à être proposées et c'est d'un nombre considérable de procédés tout neufs que vient de s'enrichir la chirurgie obstétricale.

Ces quelques lignes n'étant qu'un avant-propos à notre thèse, nous n'émettrons pas, dès maintenant, des considérations détaillées sur les reproches adres-

sés à la technique ancienne. Nous nous bornerons simplement à envisager, d'une façon très succincte les principaux inconvénients que l'on a objectés à la césarienne classique. Dans le parallèle que nous établissons plus loin entre la méthode classique et les méthodes qui ont été nouvellement préconisées, nous étudierons avec plus de détails les arguments que l'on a édictés contre la section ancienne du corps utérin : nous les mettrons en présence avec les objections faites aux nouveaux procédés et nous en tirerons toutes les conclusions qui nous sembleront justes.

Ce qu'il s'agit d'établir en ce préambule, c'est de poser nettement le problème que nous avons à résoudre ? Aussi est-il nécessaire que, très brièvement, nous formulions les inconvénients de la grande césarienne, reconnus par la plupart des auteurs.

La majorité des accoucheurs, tout en déclarant les avantages d'une opération qui a donné de bons résultats pour l'enfant (maximum de chances de survie, suppression du traumatisme pour le nouveau-né) sont unanimes à avouer que, pour la mère, il y a toujours des complications à craindre. En deux mots, voici les reproches formulés par la plupart des obstétriciens :

1) Les dangers pouvant provenir de la cicatrice utérine ;

2) La possibilité d'une péritonite : l'infection péritonéale est toujours ce que l'on doit redouter en raison de l'obligation dans laquelle on se trouve de

perforer le péritoine pour aborder l'utérus.

3) La formation d'adhérences avec les périls consécutifs d'obstruction intestinale.

4) L'hémorragie due à l'intervention.

Tel sont, très résumés, les griefs principaux contre la césarienne du corps : ainsi exposés, ils vont nous aider à comprendre les raisons qui ont poussé les novateurs à préconiser d'autres méthodes. Parer aux inconvénients mentionnés ci-dessus, éviter surtout l'infection de la cavité abdominale en se gardant de léser le péritoine ou en le lésant le moins possible, telles ont été les idées directrices qui ont guidé les auteurs dans une voie nouvelle. Tous se sont bien pénétrés de ces principes généraux, tous ont cherché un procédé qui devait mettre la séreuse péritonéale à l'abri des germes septiques, en même temps qu'il devait faire porter l'incision sur une région de l'utérus peu vascularisée : c'est de là qu'est née l'opération suprasymphysaire, l'opération extrapéritonéale du segment inférieur.

Depuis 1907, un grand nombre de moyens ont été proposés et de multiples documents ont été publiés, préconisant un nouveau mode opératoire destiné à supplanter la césarienne classique. Les Allemands, en particulier, ont été les promoteurs de méthodes nouvelles : les revues d'obstétrique, éditées depuis 4 ans en Allemagne, sont remplies de travaux importants concernant la césarienne suprasymphysaire.

Dans l'exposé historique de la question, nous étu-

dierons les principales de ces techniques, nous dirons ce qu'il faut en penser : ne citons, pour l'instant, qu'un manuel opératoire, celui qui fait le sujet de notre thèse, nous voulons dire le procédé vraiment extrapéritonéal de M. Döderlein, professeur à la clinique obstétricale de Munich.

Peu répandu en France, pratiqué deux fois avec succès, à Lyon, par notre Maître, M. le Professeur Fabre, ce mode opératoire a pris en Allemagne une rapide extension. Pour quelle raison ce genre d'intervention est-il un peu délaissé en notre pays ? Pourquoi n'est-il pas apprécié à sa juste valeur ? Le motif ne réside pas, comme on serait tenté de le croire, dans la difficulté de la technique opératoire qui est assez simple. Le vague des indications de l'opération, l'imprécision des cas justiciables de cette méthode, les contre-indications naissant pendant l'attente sont, à notre avis, la cause du peu de faveur dont jouit en France cette nouvelle conception de la Césarienne. Les indications opératoires : voilà un point très spécial que nous nous proposons d'étudier d'une façon un peu approfondie.

Ce sujet, qui a été l'objet, en Allemagne, de nombreuses discussions, qui a subi en ce pays des comparaisons sérieuses avec des techniques similaires, nous a obligé à de multiples recherches dans les traités allemands et, par suite, à des traductions assez étendues. Et tout d'abord, nous avons compulsé les travaux du promoteur de la technique nouvelle, puis nous avons passé en revue les opinions des partisans et des détracteurs de la méthode, en Allemagne d'abord,

en France ensuite. Un aperçu historique de la question nous a semblé indispensable, comme devant faire mieux saisir la genèse du procédé que nous étudions : il précédera les détails du manuel opératoire que nous exposerons d'après les idées de l'auteur lui-même, puis nous donnerons les indications suivies des résultats opératoires. Ce mode d'exposition nous permettra, les faits nettement établis, de discuter et de conclure.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

On a dit qu'en matière d'inventions il n'y a pas à proprement parler d'idées nouvelles et que telle conception, tenue par les contemporains comme entièrement originale, a toujours été prévue de longues années auparavant. Ce que l'on a dit des innovations scientifiques peut s'appliquer en chirurgie à beaucoup de techniques opératoires : c'est ainsi que l'opération de la césarienne suprasymphysaire extrapéritonéale, toute récente pour nous, est en réalité une méthode dont l'idée remonte à plus d'un siècle.

Et de fait, cette façon d'aborder l'utérus par une voie totalement extrapéritonéale, a été proposée depuis longtemps déjà par un grand nombre d'accoucheurs. Parmi ceux-ci, les uns n'ont fait qu'avancer une idée et s'en sont tenus à une proposition purement platonique ; les autres, plus hardis, ont

voulu réaliser leur conception et ont pratiqué l'intervention de leur choix en se basant uniquement sur les données anatomiques et cliniques.

Le premier qui proposa d'abandonner l'incision du corps de l'utérus pour ouvrir le segment inférieur, fut Jörg. C'est lui qui en 1806, dans la clinique de son maître Boër, à Leipzig, remarqua la bénignité de l'incision segmentaire comparativement à celle du corps utérin. Aussi conseilla-t-il, non pas d'ouvrir la matrice, mais le vagin et le col. Et, dans son *Manuel pratique d'accouchement*, il donne le procédé opératoire et les raisons qui l'ont poussé à préconiser ce nouveau moyen. Voici ce qu'écrivit, en 1807, l'auteur à ce sujet :

« Mon procédé, que j'ai déjà préconisé il y a quelque temps, consiste en ceci : après avoir pratiqué l'ouverture de la paroi abdominale, inciser le segment inférieur et, s'il est nécessaire, le col ; par cette voie extraire l'enfant. . . »

Un pas était donc fait en vue de perfectionner la césarienne et, au lieu de sectionner l'utérus, organe très vascularisé « comparable à une éponge imbibée de sang » l'on devait, à l'avenir, faire porter l'incision sur la partie segmentaire du corps utérin. Un autre danger existait néanmoins : c'était l'ouverture du péritoine avec la possibilité d'une infection. La technique de Jörg ne fut jamais exécutée ; malgré tout, l'idée subsistait.

En 1820, Ritgen la reprenait en cherchant toutefois à la développer. Il modifia le manuel opératoire proposé par Jörg, il l'améliora en évitant

surtout de ne pas léser la séreuse péritonéale. Cette méthode fut appelée par l'auteur « Scheidenbauchschnitt » : elle consistait essentiellement à inciser la paroi abdominale d'un trait en forme de croissant, à légère concavité supérieure, et dirigé parallèlement à l'arcade de Fallope ; puis, au moyen d'une sonde introduite dans la vessie, on refoulait celle-ci vers la gauche ; l'utérus était également attiré à gauche par l'intermédiaire d'un assistant. Le péritoine, une fois décollé, était repoussé vers le haut. C'est à ce moment que l'on ouvrait le vagin et le col, puis en pratiquant quelques manœuvres sur le fond de l'utérus, l'on attendait la sortie de l'enfant.

L'auteur cite, à la suite de cette description, une observation dont le résultat malheureusement ne fut pas favorable : la malade opérée par lui mourut, au bout de deux jours, d'une trop abondante hémorragie.

Voici, à titre historique, l'observation rapportée par Ritgen lui-même :

« Femme de 37 ans. IV pare, à terme. Depuis deux années atteinte d'ostéomalacie. Scoliose très prononcée de la colonne vertébrale. Déformation accentuée du bassin : inflexion marquée du sacrum, courbure du pubis droit. Présentation du fœtus en O. I. D. P.

Douleurs depuis 24 heures, rupture de la poche des eaux depuis 4 heures environ ; pouls rapide sans fièvre. Col dilaté à 5 francs, complètement mou et œdémateux. Excavation pelvienne vide.

Opération : incision de la peau, des muscles de la paroi abdominale d'après la technique décrite, ligature des vais-

seaux, refoulement du péritoine et mise à nu du vagin. Incision du dôme vaginal du côté droit et agrandissement de l'ouverture ainsi pratiquée jusqu'à proximité de l'urètre. Au cours de cet élargissement de la brèche jaillit soudain un jet de sang que l'on ne put arrêter qu'en tamponnant la plaie opératoire au moyen d'une éponge trempée dans l'eau froide. Cette hémorragie recommençait aussitôt que l'on enlevait le tampon. Cette abondante perte de sang obligea Ritgen à songer avant tout à l'enfant et essayer de le sauver : la mère se trouvait dans un état alarmant et passait d'une syncope à l'autre. Pour terminer rapidement l'opération, Ritgen pratiqua l'incision classique de la césarienne. L'hémorragie cessa complètement après l'apparition des contractions utérines.

La malade mourut au bout de deux jours et, à l'autopsie, on constata dans la cavité péritonéale un abondant épanchement sanguin ».

Les conclusions tirées par Ritgen du cas que nous venons de citer sont les suivantes :

1^o L'on peut, à la fin de la grossesse, inciser le dôme vaginal depuis l'uretère jusque sur le col sans avoir à craindre une hémorragie importante.

2^o Le fait de prolonger en arrière l'incision dans la direction du rectum amène un écoulement abondant de sang que l'on peut arrêter par un tamponnement énergique.

3^o Cette hémorragie s'arrête d'elle-même après l'extraction de l'enfant.

4^o L'on peut presque se dispenser d'inciser la partie inférieure du col.

En même temps, Ritgen reconnaît la grande différence qui existe dans les rapports du péritoine, chez les femmes enceintes à la période terminale de

la grossesse et chez la femme à l'état normal. Voici ce qu'il en dit : « L'incision pourra porter sur la région située sous le cul de sac péritonéal qui recouvre en partie le segment inférieur. A cet endroit, et après avoir relevé le péritoine, l'on peut sectionner l'utérus depuis le col jusqu'au corps sans ouvrir la séreuse. »

Ce premier essai, réalisé par Ritgen, n'était donc pas fait pour encourager les praticiens dans cette voie. Malgré tout, l'année suivante, en 1822, un américain, Dewees, publie dans son « *Compendious system of midwifery* » une lettre de Horner, dans laquelle ce dernier préconise fortement la méthode imaginée par un de ses compatriotes, Physick.

L'opération de Physick se différenciail de celle de Ritgen par le tracé de l'incision : plus d'ouverture du vagin comme dans la technique de Ritgen, mais section pure et simple du segment.

Le premier de tous, Physick a l'idée de distendre la vessie par une petite quantité de liquide, ce qui a l'avantage de délimiter très nettement les contours de cet organe et de fournir ainsi un point de repère pendant la durée de l'intervention.

Il est intéressant de remarquer, en passant, que ce procédé se rapproche étonnamment des procédés préconisés au cours de ces dernières années et que tous les détails de technique imaginés par Physick ont été « retrouvés » quelque temps plus tard.

En 1823, Beaudelocque neveu tenta une opération qu'il dénomma « gastro-elytrotomie », relevant à la fois du procédé de Ritgen et du procédé de

Physick. L'ayant pratiquée deux fois avec insuccès, Beaudelocque abandonna momentanément sa nouvelle technique, jusque vers 1844, année où il reprit sa conception première et publia un écrit de vingt-six pages sous le titre suivant : « Opération Césarienne, elytrotomie ou section du vagin, précédée ou non de la ligature ou de la compression de l'artère iliaque interne ».

Vers la même époque, en 1840, Charles Bell (Institutes of Surgery) reprit la technique de Ritgen ; mais, vu les résultats défavorables de ce genre d'intervention, l'on abandonna complètement l'opération.

Ce n'est qu'en 1867 qu'un Italien, Testa, de Naples, revient au procédé de Beaudelocque en y apportant toutefois quelques modifications : il incise les grands droits, « afin, dit-il, de se ménager plus de jour et d'éviter aussi de blesser la vessie ».

Ces détails, imaginés par Testa, furent consignés dans un mémoire de Caruso publié vers la même date. Celui qui pratiqua l'opération d'après les données de Testa fut un accoucheur italien : Francesco Cianflone. Là, encore, le résultat de l'intervention fut désastreux ; l'opérée mourut le lendemain.

C'en était fait, croyait-on, de toutes ces méthodes dont les résultats avaient été contradictoires. Tout se liguaient contre la gastroélytrotomie : on devait la laisser tomber dans l'oubli. C'est seulement pendant quatre années que l'ombre régna sur les procédés destinés à supplanter la césarienne.

classique ; car en 1870 Théodore Gaillard-Thomas, professeur de gynécologie et d'obstétrique à l'Université de New-York, fit paraître un article intitulé : « Gastroelytrotomy, a substitute for the Caesarean section ». Il y détaille son procédé qu'il croit tout neuf, n'ayant jamais entendu parler, dit-il, des essais de Ritgen, de Physick et de Beaudelocque ». Son procédé est analogue à celui de Ritgen.

T. G. Thomas exécuta deux fois l'opération qu'il préconisait : mais ce fut surtout un de ses amis, Skene, de Brooklyn, qui la mit en pratique. A l'appui de sa méthode, T. G. Thomas nous donne des observations concluantes : deux de lui-même, trois de Skene, une de Gillette.

La césarienne du segment inférieur renaissait donc d'elle-même et le mouvement, créé par T. Gaillard-Thomas, fut suivi dans le monde entier. A New-York, en 1877, Duncan mac Kinn pratique une fois l'intervention de son compatriote.

En Angleterre, le docteur Whiteside Hime, de Sheffield, publie, en 1878, une observation de gastroélytrotomie : issue fatale pour la mère. A Londres, la même année, Edis tente l'opération : insuccès pour la mère, enfant vivant.

En 1881, Cohnstein propose de faire porter une incision verticale sur la partie postérieure du segment : on pouvait aussi pratiquer par le cul-de-sac de Douglas et le vagin un excellent drainage ; cette proposition resta sans exécution. Kehrer, la même année, a l'idée d'inciser transversalement le segment inférieur sur la face antérieure.

Dans d'autres pays, des accoucheurs comme Stolz, Moreau, Garrigues, Jacquemiers, exécutent la césarienne extrapéritonéale, et jusque vers 1880, une quinzaine de cas sont publiés. Malheureusement les résultats furent loin d'être satisfaisants, car la statistique donnait pour les opérées une mortalité de 50 0/0.

Les chiffres décidément étaient plus que probants contre l'opération suprasymphysaire : aussi la gastroélytrotomie, encore une fois, tomba en désuétude ; les accoucheurs s'inclinèrent devant la réalité des faits et, en 1882, Säger et Kehrer ramenèrent la plupart de leurs confrères à la vieille césarienne classique. « Avant l'ère antiseptique, disait Säger, cette nouvelle méthode avait des motifs d'être tentée ; mais maintenant, sous le contrôle d'une rigoureuse asepsie, la césarienne du corps n'offre plus les risques de jadis ».

Pourquoi, se demandera-t-on, un retour aussi soudain à l'ancienne opération ? Pourquoi un abandon aussi rapide d'une méthode qui, dans ses principes, n'était pas complètement condamnable ? La raison de cet oubli tient au danger, que beaucoup de praticiens n'ont su éviter, de blesser la vessie au cours de l'opération et parfois même l'uretère (dans 66 0/0 des cas on relève cet accident).

Quoi qu'il en soit, la césarienne extrapéritonéale retombait dans l'ombre et toutes les techniques nouvelles, qui, pendant un temps, avaient passionné l'opinion, furent laissées complètement de côté.

Telle est, en résumé, l'évolution des idées con-

cernant l'opération extrapéritonéale, du segment inférieur, au cours du siècle dernier.

C'est en Allemagne qu'avait germé la première conception d'aborder l'utérus sans léser le péritoine, c'est en Allemagne, qu'à l'époque actuelle, devait être repris le principe de la section extrapéritonéale. Depuis 1906, en effet, les Allemands se sont ralliés à la conception de T.-G. Thomas et de 1906 à 1911, nous avons assisté à une véritable rénovation de la méthode extrapéritonéale. Avec plus de conviction que jamais, les accoucheurs de ce pays s'efforcèrent d'opérer sans inciser le péritoine ; pour quelques-uns mêmes, ces techniques nouvelles, plus rationnelles et plus simples, sont appelées à remplacer la césarienne classique.

Voyons donc les méthodes qui ont été préconisées au cours de ces dernières années ; passons-les rapidement en revue, pour ne nous intéresser ensuite qu'à celles qui répondent pleinement à nos désirs, nous voulons dire une opération vraiment extrapéritonéale. Parmi les multiples procédés qui ont été donnés, il y en a qui tout en portant sur le segment inférieur, comportent l'ouverture de la cavité péritonéale : le péritoine, il est vrai, est immédiatement suturé et, par conséquent, les dangers de contamination de la séreuse sont notablement diminués. De ces méthodes « transpéritonéales » nous ne dirons que quelques mots pour étudier d'une façon un peu plus approfondie les techniques entièrement extrapéritonéales. L'intérêt de ces dernières méthodes consiste essentiellement à ouvrir le segment inférieur en se

tenant en dehors du péritoine. Dans la technique transpéritonéale, nous voulons bien admettre que l'on opère en dehors de la séreuse : malgré tout, l'on est bien obligé, avant la sortie de l'enfant, de pratiquer une brèche dans le péritoine. Ce qu'il s'agit pour nous de savoir, c'est ceci : pouvons-nous, oui ou non, extraire un enfant par la voie haute sans ouvrir la cavité péritonéale ?

Franck, de Cologne, en 1906, opère l'ouverture du segment inférieur de la façon suivante : il incise la paroi abdominale au-dessus de la symphyse, puis passe au travers de la séreuse péritonéale. Pour éviter les chances de contamination de la grande cavité abdominale, il réunit par quelques points le péritoine pariétal et le péritoine viscéral ; puis en se tenant, grâce à cette dernière suture, en dehors de la séreuse, il aborde le segment inférieur.

Cette méthode, appelée par l'auteur « supra-symphysaire Kaiserschnitt », n'a pour nous qu'un intérêt historique, car. ce n'est pas, au sens propre du mot, un procédé extrapéritonéal. Il fut suivi par des praticiens comme Fromme, Baumm et Veit. Ces derniers modifièrent d'ailleurs à leur idée la technique de Franck. Nous n'insisterons pas sur ces diverses conceptions qui se basent sur la méthode transpéritonéale et qui ne répondent pas aux conditions que nous avons envisagées plus haut.

En 1908, Sellheim revient à l'idée de cheminer vers l'utérus par une voie vraiment extrapéritonéale et dans son mémoire publié par le *Zentralblatt für Gynækologie* (janvier 1908), il nous donne les détails

de sa technique et les raisons qui l'ont déterminé à préconiser sa nouvelle méthode : « J'ai recherché, dit-il, un procédé ayant pour but de trouver une voie d'accès relativement peu dangereuse vers le col de l'utérus, prédestiné par la nature à la sortie de l'enfant, dans des conditions qui permettent de pratiquer une opération commode et chirurgicalement exacte.

L'étude anatomique nous montre que la partie de l'utérus qui se prête le mieux à l'incision est la partie supravaginale du col : 1^o. le réseau vasculaire y est moins développé que partout ailleurs; 2^o on peut l'atteindre par voie complètement extrapéritonéale. En effet, le cul-de-sac vésico-utérin, plus ou moins développé selon les individus, tend à disparaître pendant la grossesse; l'utérus en s'accroissant attire le péritoine vésical et le décolle en partie de la vessie. De sorte que, pendant le travail, tout le col utérin, avec sa portion supravaginale, se trouve en rapport direct avec le tissu cellulaire du bassin; la vessie elle-même n'est plus en contact avec le péritoine que par sa partie la plus élevée. »

La technique proposée par Seliheim est la suivante : position haute du bassin; incision transversale de la peau et du fascia d'après Pfannenstiel; incision verticale entre les grands droits de l'abdomen, sur la ligne blanche, sur une étendue de 20 centimètres; décollement du péritoine jusqu'au corps de l'utérus; incision verticale du col, suivant les conditions, en bas jusque sur le vagin, en haut jusque sur le corps de l'utérus. Expression de la présentation, accouchement. Sec-

tion du cordon. Attendre que l'utérus soit un peu revenu sur lui-même. Délivrance manuelle. Tamponnement utéro-vaginal. Suture de la paroi utérine dans toute son épaisseur par des points séparés au catgut. Par dessus une seconde suture en surjet. Réfection de la paroi en plusieurs plans.

L'auteur cite le cas de deux femmes opérées ainsi avec succès. Il fut suivi dans cette voie par de nombreux accoucheurs et Kustner, Kroemer, Hofmeier, Czyzewicz, Luchsinger, Bumm, Jahreiss, Freund, tentèrent l'opération.

Cette technique, excellente dans ses principes, présentait cependant des difficultés ; parfois même, son exécution était considérée comme dangereuse ; en effet, le décollement du péritoine donnait lieu à des tiraillements pénibles sur le péritoine, à des déchirures de la séreuse, parfois même à des éraillures de la vessie.

Sellheim comprit le premier les dangers résultant des lésions faites au cours de l'opération et, loin d'encourager les auteurs dans la voie qu'il leur avait montrée, il leur conseilla de ne point pratiquer une intervention qui pouvait avoir des conséquences graves. Il ne s'obstina point à rechercher une voie extrapéritonéale et reprit la conception de Franck ; il l'appliqua en la modifiant et bientôt de nombreux accoucheurs revinrent, avec Sellheim, à la méthode transpéritonéale.

Parmi ces derniers opérateurs citons Pfannenstiel, Rubeska, Hammerschlag, Franz, Fraipont. Pfannenstiel estime que, dans l'opération extra-

péritonéale, le décollement de la séreuse présente de grandes difficultés et que, pour cette raison, il vaut mieux ne pas essayer de décoller le péritoine. La césarienne transpéritonéale est préférable.

Pour Fraipont, il est dangereux de décoller la vessie parce que le temps opératoire donne lieu souvent à une hémorragie veineuse quelquefois sérieuse. C'est ce qui pousse l'auteur à pratiquer la méthode transpéritonéale.

La même année, en 1908, Sellheim propose un autre procédé par voie transpéritonéale. Ce procédé, appelé par l'auteur « Utérusbauch-Deckenfistel » (fistule utéro-pariétale) est appréciable dans les cas douteux ou infectés. Nous n'avons pas à donner ici les détails de la technique et nous ne le citons dans notre historique que pour être complet.

C'est en 1909 que les auteurs reprirent la question d'une façon spécialement suivie.

La majorité d'entre eux insistent sur ce fait qu'il faut opérer en dehors du péritoine. Le principe de la méthode reste toujours le même, mais au lieu de décoller le péritoine de bas en haut, ce qui était considéré comme le point dangereux, on le décolle latéralement.

Aussi, très rapidement, les communications se succèdent, des procédés nouveaux sont préconisés avec leurs indications et leurs résultats.

Dührssen combine sa césarienne vaginale avec l'incision vaginale de Ritgen, toute l'opération se passant en dehors du péritoine, qui est récliné vers la ligne médiane. Pratiquée dans un cas par Solms,

cette opération, appelée par Dührssen la « laparocolpohystérotomie », a donné de bons résultats.

En dehors de ce procédé curieux, qui est plutôt un procédé d'exception, et que nous relevons à titre historique, des techniques réunissant toutes les conditions voulues (voie extrapéritonéale, section du segment inférieur) sont chaudement préconisées ; parmi ces méthodes toutes récentes, deux nous semblent tout spécialement avoir rempli nos desiderata et appelé particulièrement notre attention : ce sont les procédés de Latzko et de Döderlein.

La méthode de Döderlein constitue le sujet très spécial de notre thèse : nous allons en décrire plus loin la technique détaillée ; d'après l'auteur, nous envisagerons chacun des points du manuel opératoire. Tout en nous réservant pour ce procédé qui nous a semblé meilleur, nous avons cru cependant ne pas devoir laisser de côté la technique de Latzko, cette dernière est, en beaucoup de points, analogue à la méthode de Döderlein et, à part quelques petits détails qui les différencient l'une de l'autre, les deux procédés sont entièrement superposables.

Remarquons en passant qu'un intervalle de quelques mois à peine existe entre la publication des deux procédés : c'est vers la même époque, au début de 1909, qu'ont été publiées les communications de Latzko et de Döderlein. Laquelle des deux méthodes doit jouir du droit de priorité ? Latzko, en s'appuyant sur un exposé publié par lui en 1908, prétend que c'est à lui que revient cet avantage. Nous n'avons pas à entrer ici dans les détails de ce débat,

ni à trancher la discussion : nous avons pensé qu'il était préférable de ne pas séparer dans leur description ces deux méthodes, et, dans le chapitre suivant, après avoir étudié dans ses grandes lignes la technique de Latzko, nous exposerons d'une façon détaillée le manuel opératoire de Döderlein ; nous les jugerons avec toute l'impartialité qui convient à ce genre de questions.

Dans le même ordre d'idées, des accoucheurs comme Schauta, Von Rosthorn, Fuchs, dont nous publions plus loin une observation, Scheidler, Rosenfeld pratiquèrent la césarienne en suivant la méthode extrapéritonéale.

Signalons pour finir une modification de la césarienne proposée par Polano, appelée par lui « césarienne, cervicale postérieure » (*Zentralblatt für gynäkologie*, octobre 1911). Tout récemment, l'auteur l'a mise à l'épreuve dans quatre cas. L'incision de la paroi se pratique comme pour la césarienne classique : puis on luxe l'utérus en avant en lui imprimant un mouvement de rotation : incision sagittale de la paroi postérieure du col et accouchement. Cette méthode revient au principe de l'opération transpéritonéale et nous ne nous y intéressons pas plus.

Et maintenant, pour terminer ce chapitre relatif à l'histoire de la césarienne extrapéritonéale, jetons un coup d'œil d'ensemble sur toute la variété des méthodes qui ont été préconisées : en envisageant à un point de vue très large l'évolution des idées au cours du siècle dernier et au cours de ces dernières

années, nous sommes frappés de voir que la méthode extrapéritonéale a subi bien des fluctuations. Tantôt considérée comme le procédé de choix devant supplanter la section classique du corps utérin, tantôt au contraire sévèrement critiquée, rejetée complètement dans l'oubli, la césarienne extrapéritonéale a été considérée par les auteurs comme une méthode insuffisamment sûre, donnant des résultats trop incertains pour être pratiquée d'une façon suivie.

La césarienne extrapéritonéale se trouve donc en pleine renaissance, constituant un des problèmes de la chirurgie obstétricale moderne.

De quelle façon les auteurs comprennent-ils la méthode extrapéritonéale? Quelle est sa technique opératoire? Quelle sont les modifications apportées dernièrement à la pratique de la césarienne extrapéritonéale? Quels sont ses avantages? Ce sont des points particuliers que nous allons maintenant mettre en lumière. C'est leur étude que nous allons aborder dans le chapitre suivant.

CHAPITRE II

TECHNIQUE OPERATOIRE

Avant d'aborder l'étude du manuel opératoire, rappelons rapidement quelques détails utiles, intéressant le segment inférieur; résumons ses limites et ses rapports.

Et d'abord, qu'est-ce que le segment inférieur? Sans entrer dans la discussion des régions utérines qui forment le segment, on peut dire qu'au moment du travail, après que la contraction de l'utérus a agi pendant quelques heures, il se forme une portion amincie, limitée en bas par l'orifice externe du col, en haut par un épaississement très net qui est désigné sous le nom d'anneau de Bandl, d'anneau de contraction de Schröder, d'onde musculaire de Pinard : c'est sur cette région, appelée segment inférieur, que doit porter l'incision de la césarienne extrapéritonéale.

Il nous faut étudier spécialement les rapports

externes de cette région avec : 1^o le cul-de-sac péritonéal ; 2^o la vessie ; 3^o l'uretère et les branches artérielles qui l'accompagnent ; 4^o les vaisseaux.

1^o *Cul-de-sac péritonéal.* — En jetant un regard sur la figure 1, on se rendra compte de la façon dont le cul-de-sac séreux vient tapisser le segment inférieur et les organes qui lui sont voisins. La face antérieure du segment est recouverte, en grande partie, par le péritoine. Celui-ci le sépare de la face postérieure de la vessie, en formant à ce niveau un cul-de-sac plus ou moins profond : c'est le cul-de-sac vésico-utérin.

La séreuse péritonéale, après avoir tapissé la face postérieure de l'organe vésical vient se réfléchir sur la face antérieure de celui-ci, se dirigeant verticalement derrière la paroi abdominale.

La zone décollable du péritoine est limitée à la partie tout à fait médiane : à ce niveau, il est difficile de séparer la séreuse des organes sous-jacents ; sur les régions latérales du bassin, au contraire, le péritoine se décolle facilement sans danger de déchirures. En haut, la ligne d'attaché solide de la séreuse est constituée par la limite supérieure du segment, qui, sur la figure ci-jointe, est représentée par la ligne en traits pointillés. La portion du canal segmentaire, sous-jacente au cul-de-sac péritonéal, est d'une très faible épaisseur : cette région du segment, très amincie, est distendue, en outre, par la tête fœtale et l'effort des contractions utérines.

2^o *Vessie.* — Cet organe est séparé de la paroi

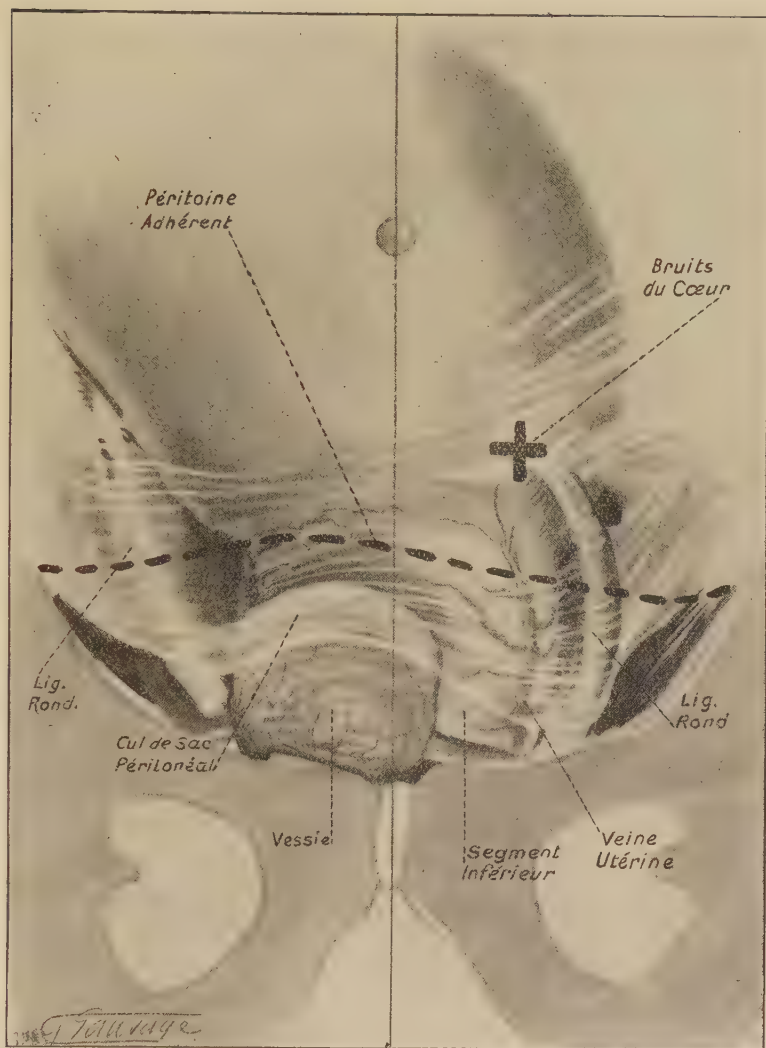


FIG. I

Rapports du cul-de-sac péritonéal et de la vessie à droite et à gauche. La ligne pointillée représente la ligne d'adhérence au péritoine. A gauche, le segment inférieur est visible entre la vessie, le cul-de-sac et l'uretère.

antérieure du segment par le repli péritonéal vésico-utérin. Au moment du travail, au moment où le segment est bien constitué, la vessie, normalement, déborde à droite et occupe une situation complètement extrapelvienne. Le péritoine, au niveau de la vessie, lui est adhérent par quelques attaches celluleuses lâches, dont la laxité se trouve encore augmentée pendant la durée du travail.

3^o *Uretère*. — Le canal urétérique est situé à la partie tout à fait inférieure du segment, à la limite supérieure du vagin, croisant très bas la région opératoire, au niveau de l'orifice externe.

L'artère utérine est en avant de l'uretère et en dehors de lui. Après avoir croisé l'utérine, l'uretère poursuit un trajet oblique, en bas et en dedans, pour aller gagner le bas-fond de la vessie.

Au cours de l'opération, on ne voit pas l'uretère, celui-ci étant dans une position tout à fait intrapelvienne, au-dessous du plan du détroit supérieur : néanmoins il faut être très prudent et n'inciser, du côté de la région inférieure du segment, que sous le contrôle direct de la vue. Les blessures de l'uretère sont très rares, malgré tout, dans quelques observations, nous avons relevé la lésion de cet organe.

3^o *Vaisseaux*. — Nous nous reporterons, pour l'étude des vaisseaux du segment inférieur, à l'excellent rapport de M. Couvelaire, publié dans les comptes rendus de la Société d'Obstétrique (juin 1910). Cet auteur a étudié la vascularisation du segment inférieur.

« Sur quatre utérus : deux radiographiquement, après injection *in situ* d'un mélange de céruse (utérus puerpéraux recueillis 4 et 7 jours après l'accouchement) ; deux par dissection après injection dans les artères, de gélatine pour l'un (utérus puerpéral, femme morte d'anémie aigüe à la suite d'hémorragie par insertion vicieuse du placenta, une heure après l'accouchement), de suif pour l'autre (utérus de 7 mois et demi, en travail, recueilli à l'autopsie d'une éclampsique ». M. Couvelaire joint à son rapport deux planches très instructives. Voici les constatations relevées, d'après ces figures : « L'artère utérine, après avoir donné une branche vésicale qui chemine au-dessous de l'uretère, décrit des méandres, avant de remonter le long et à distance du bord latéral du canal cervical et du canal isthmique. Elle donne l'importante cervico-vaginale, une branche au niveau de l'orifice interne qui envoie un long rameau ascendant, vers le segment inférieur, une seconde branche au niveau du segment et après avoir envoyé pour la face antérieure du corps une longue et grosse branche, monte sur le bord du corps croisé par une longue veine latéro-utérine.

Parmi ces branches transversales, étagées au-dessus de la cervico-vaginale, deux principales irriguent le segment inférieur : l'une se détache de l'utérine au niveau de l'orifice interne, l'autre se détache de l'utérine dans les parties hautes du segment inférieur, à peu de distance du point où la paroi utérine acquiert son maximum d'épaisseur.

Le calibre de ces branches est inférieur à celui des branches corporéales. Elles cheminent à la surface extérieure du canal isthmique, avant de pénétrer dans sa paroi et se résolvent en rameaux dont le calibre est beaucoup plus petit que celui des rameaux corporéaux ».

Hofmeier ne comprenait pas de la même façon la vascularisation du segment et admettait l'existence de branches rétrogrades, nées de l'artère utérine à la hauteur ou au-dessus de l'anneau de contraction :

ainsi s'expliquait pour lui l'absence d'hémorragie au niveau du segment inférieur, sans contraction directe de celui-ci. Pour lui la contraction directe du corps réaliserait, du même coup, l'hémostase du corps et du segment.

Quoiqu'il en soit, au point de vue essentiellement pratique, l'hémorragie, au cours de l'intervention, est nulle ou à peu près, à moins que, par incision trop étendue en hauteur, on intéresse la portion inférieure du corps.

Nous avons insisté précédemment sur la nécessité de la voie entièrement extrapéritonéale, nous avons vu que les méthodes préconisées dans ce but étaient basées toutes sur le principe du décollement du péritoine vésico-utérin. C'est là, en dehors du tracé de l'incision et des différents détails opératoires, le point important de la technique. Le temps spécial de l'intervention, consistant à décoller la séreuse des organes sous-jacents, est une des phases difficiles de l'opération. Voyons donc comment les auteurs, à la méthode desquels nous nous sommes rattachés, ont compris et pratiqué la césarienne extrapéritonéale.

TECHNIQUE DE LATZKO

L'opération s'effectue en 5 temps. Avant le début de l'intervention, on distend la vessie avec une quantité de liquide de 150 grammes environ : les contours de cet organe sont ainsi rendus nettement visibles.

1^{er} temps : incision longitudinale de la paroi.— La peau est incisée verticalement au-dessus de la sym-

physe, sur une hauteur de 12 centimètres; incision du fascia superficialis et de la ligne blanche. Ecartement des muscles grands droits que l'on tient séparés au moyen de deux grandes valves.

2^e temps : décollement du péritoine. — La vessie, située au milieu du champ opératoire, est décollée du col utérin en la réclinant latéralement de gauche à droite (l'auteur conseille de ne pas récliner de droite à gauche). La vessie entraîne avec elle le repli péritonéal vésico-utérin qui se trouve ainsi clivé par l'intermédiaire de la poche vésicale. A l'aide d'un large écarteur, on maintient la vessie de côté et l'on met ainsi à nu une grande partie du segment inférieur.

3^e temps : ouverture du segment. — On incise verticalement la face antérieure du segment inférieur et presque sur la ligne médiane : l'incision est pratiquée sur une longueur de 15 centimètres environ. Ce temps opératoire ne donne pas lieu à une hémorragie, qui, généralement, est insignifiante.

4^e temps : accouchement, délivrance. — La sortie de l'enfant se fait grâce à des pressions exercées sur le fond de l'utérus; la tête fœtale est orientée dans la direction de la brèche utérine à l'aide de deux doigts insinués entre cette tête et l'angle inférieur de la plaie opératoire ou au besoin par des contre-pressions exercées par le vagin; une branche de forceps faisant office de levier ou même une application régulière de cet instrument viendraient à bout des cas exceptionnellement difficiles; dans d'autres

cas, une version podalique pourra être pratiquée. Le cordon étant sectionné, on laisse l'utérus se rétracter. La délivrance se fera, suivant les cas, soit par la méthode de Crédé, soit artificiellement, par l'introduction de la main dans l'utérus.

Un tamponnement à la gaze de la cavité utérine suivra l'extraction de l'arrière-faix.

5^e temps : fermeture de la paroi. — Les lèvres de la plaie utérine sont réunies par une suture au catgut à points séparés, recouverte par une seconde ligne faite à l'aide d'un surjet au catgut. On laisse la vessie reprendre sa place normale et l'on ferme la paroi en laissant, s'il est besoin, un orifice pour le drainage.

Ce résumé de la technique de Latzko nous permet de constater que c'est bien là un procédé répondant aux conditions voulues, c'est une méthode vraiment extrapéritonéale. A cet égard, il ne saurait y avoir de doute ; la voie extrapéritonéale est suivie rigoureusement depuis le début jusqu'à la fin de l'intervention : les chances de contamination de la cavité abdominale sont complètement écartées et, à notre avis, cette considération constitue l'intérêt de la méthode.

Passons maintenant au procédé de Döderlein ; analysons d'une façon approfondie la technique de ce praticien et voyons si, à un point de vue quelconque, elle présente un avantage sur la précédente.

Dans son mémoire, publié en janvier 1909 (*Zentralblatt für Gynäkologie*) Döderlein nous expose avec détails sa méthode suivie d'observations relatives à deux cas traités par son nouveau procédé.

Après quelques considérations sur la césarienne suprasymphysaire, l'auteur donne la préférence aux méthodes qui se proposent d'aborder le segment inférieur par une voie purement extrapéritonéale. Il passe en revue les différentes techniques qui ont été préconisées avant lui, notamment celles de Frank, de Sellheim, de Pfannenstiel etc., il met aussi en lumière la difficulté principale que l'on a reproché à ces méthodes et montre que le temps dangereux est le décollement du péritoine sur la ligne médiane.

C'est ce qui a conduit l'auteur à aborder l'utérus par le coté et à décoller le péritoine et la vessie latéralement.

Laissons Döderlein nous décrire sa méthode et nous faire lui-même l'exposé de son premier essai : « Dans deux cas, j'ai mis à l'épreuve la technique suivante : au lieu de suivre la voie médiane vers l'utérus, j'ai cherché par le coté un chemin vers la portion extra-péritonéale du segment inférieur. J'ai été étonné des résultats : au lieu de me heurter aux difficultés auxquelles, dès l'abord, j'ai cru devoir m'attendre, je suis au contraire arrivé au but proposé d'une façon simple et facile, sans hémorragie importante.

La technique opératoire fut la suivante :

« Incision de Pfannenstiel, écartement des grands droits sur la ligne médiane en incisant légèrement le grand droit, du coté droit, au niveau de son insertion et section partielle de sa portion inférieure.

« A ce moment, je remplis la vessie d'une quantité

de liquide suffisante pour que ses contours fussent nettement apparents, comme le firent Sellheim et d'autres. Puis, j'introduisis la main à droite entre la paroi antérieure et la paroi latérale du bassin pour décoller le tissu cellulaire lâche, exactement comme on le fait au cours de l'hébotomie, mais plus largement. Je n'eus là presque pas d'hémorragie et n'eus pas même besoin de pratiquer l'hémostase ; par ce simple moyen, une partie étendue du canal génital se trouva mise à nu et je pus bientôt procéder à son ouverture. Je repoussai légèrement la vessie vers la ligne médiane. Je reconnus alors la partie latérale du péritoine vesico-utérin qui s'étendait obliquement comme un cordon blanc et compact jusqu'à la paroi du bassin. Je refoulai avec un tampon la séreuse vers le haut et pus ainsi me créer suffisamment de jour sur le segment inférieur : j'y pratiquai une incision longitudinale et l'enfant fut extrait. La tête foetale, située juste au-dessus du détroit, faisait fortement bomber le segment inférieur : l'incision de la paroi cervicale, ainsi tendue et amincie, fut pratiquée avec grande facilité ; je dus cependant bien faire attention de ne pas blesser l'enfant et je pratiquai prudemment mon incision à la partie supérieure de la saillie céphalique en la prolongeant à petits coups de ciseau jusqu'à la partie inférieure. Je veillai surtout aux difficultés qui pouvaient surgir à la rencontre de l'uretère ou des gros vaisseaux utérins.

« Si j'avais rencontré, dans mon champ opératoire, l'uretère, j'aurais approprié la région sur une plus

large étendue, comme au cours de l'ablation du cancer. Je fus très étonné de ne pas me trouver dans cette obligation ; malgré tout, dans les cas futurs, je m'attendrai toujours à pareille éventualité.

« Après la sortie de l'enfant, mon incision s'étendait environ jusqu'à la limite supérieure du vagin.

« La plaie opératoire ne saignait pour ainsi dire pas, en tout cas beaucoup moins que l'incision de la césarienne du corps. Ce fait est d'autant plus remarquable (et c'est l'avis de presque tous les auteurs), que l'opération s'exécute latéralement, c'est-à-dire au lieu d'abouchement des gros canaux sanguins. Cela s'explique volontiers par la raison suivante : au cours de la distension du segment inférieur par la tête fœtale, la face antérieure de l'utérus augmente en surface et, de ce fait, les vaisseaux importants sont repoussés en arrière. Quant à l'uretère, il devait croiser le canal cervical à la partie tout à fait inférieure et c'est pourquoi je n'eus pas à en tenir compte. En pratique, il faut bien se pénétrer de ces changements anatomiques sur lesquels Sellheim a déjà attiré l'attention ».

L'auteur continue son rapport en donnant quelques détails sur la façon de pratiquer l'ouverture du segment : l'incision ne doit pas être trop grande, mais, au contraire, juste suffisante pour qu'avec un peu d'expression la tête fœtale se dégage d'elle même.

La délivrance s'opère facilement, soit que l'on pratique la méthode de Crédé, ou que l'on aille à la recherche du placenta avec la main.

Quant à la fermeture de la plaie opératoire, elle s'effectue très simplement, vu la position élevée du bassin.

« J'ai, dit l'auteur, affronté les deux lèvres de l'incision par une suture continue au catgut iodé et par dessus le tout, un surjet ». Si l'on veut assurer un drainage dans les cas où l'infection est à prévoir, Döderlein conseille de placer un drain en le faisant sortir par le vagin et non par la paroi abdominale.

Tels sont, d'après les données de l'auteur lui-même, les détails de la technique opératoire.

Comme on le voit, c'est un procédé qui répond entièrement à l'incision extrapéritoneale du segment inférieur. En aucun temps de l'opération, on ne lèse le péritoine : c'est donc bien une technique adaptée à l'extraction de l'enfant sans ouverture de la grande séreuse.

Si, d'autre part, nous voulons résumer l'opération d'une façon claire et méthodique, voici comment, en schématisant les divers temps, nous pourrions exposer sa technique.

L'intestin et la vessie seront évacués par un grand lavement et un sondage.

On désinfectera rigoureusement la paroi abdominale ; on pratiquera également une désinfection du vagin et de la vulve qui sera rasée.

Ceci étant fait, on met la femme en position opératoire, le bassin soulevé.

Les principaux temps sont :

1^o Incision de la paroi abdominale ; 2^o Décollement du péritoine ; 3^o Incision du segment inférieur ; 4^o Accouchement ; 5^o Suture du segment.

1^{er} temps : incision de la paroi abdominale. — L'incision cutanée dérive de celle de Pfannenstiel : elle va de l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'à la ligne médiane, c'est-à-dire qu'elle sera transversale, parallèle à l'arcade de Fallope et à deux travers de doigt au-dessus de celle-ci.

Puis l'aponévrose du grand oblique est sectionnée; on sectionne également les autres muscles de la paroi antéro-latérale (petit oblique et transverse). Les grands droits sont écartés de la ligne médiane et l'on pratique une légère entaille au niveau de l'insertion du muscle grand droit homonyme au côté sur lequel on opère.

2^e temps : décollement du péritoine. — La vessie est alors remplie d'une quantité d'eau bouillie, environ 150 grammes, de manière à ce que les contours de cet organe soit nettement apparents. La main de l'opérateur est introduite entre la paroi du bassin et le péritoine pour décoller le tissu cellulaire lâche interposé.

L'hémorragie est très faible : il n'y a pas besoin de ligatures.

La vessie est alors réclinée vers la ligne médiane et la partie latérale du cul-de-sac vésico-utérin décollée à la gaze. Pour cela on saisit, à l'aide des doigts ou de pinces, le lambeau péritonéal, on le retrousse en détruisant les adhérences, qui le relient à l'organe sous jacent, à l'aide d'une compresse. Ce temps est toujours minutieux pour ne pas dire difficile, car il faut avoir bien soin de ne pas déchirer

la séreuse. On s'arrête lorsqu'on arrive à la ligne de solide attache du péritoine. Ce décollement doit mettre à nu une large partie du segment inférieur. Toutes ces manœuvres ne donnent lieu qu'à un suintement sanguin sans importance.

3^e temps : incision du segment inférieur. — Le segment inférieur est énormément distendu par la tête fœtale : celui-ci étant très mince, il faut éviter de blesser l'enfant.

L'incision est oblique, de 16 centimètres environ ; elle est faite prudemment à la partie supérieure de la saillie céphalique et poursuivie vers le bas à petits coups de ciseaux pour éviter toute lésion de l'uretère et des vaisseaux qui l'accompagnent. Il est inutile de disséquer l'uretère. Cette section ne donne lieu qu'à une hémorragie de très faible importance ou même nulle, cela au grand étonnement de l'opérateur ; le segment est incisé à sec sans aucun écoulement sanguin. (Dans la première observation que nous publions, il s'est produit une hémorragie parce que, dans le désir d'avoir une incision suffisante, les ciseaux avaient intéressé la partie tout à fait inférieure de la zone contractile et immédiatement la quantité de sang a été augmentée ; mais sur le segment lui-même, il ne se produit aucun écoulement de sang, ce qui apparaît nettement dans la seconde observation).

4^e temps : accouchement. — On provoque l'expulsion fœtale par des pressions sur le fond de l'utérus ; avec deux doigts insinués dans la partie

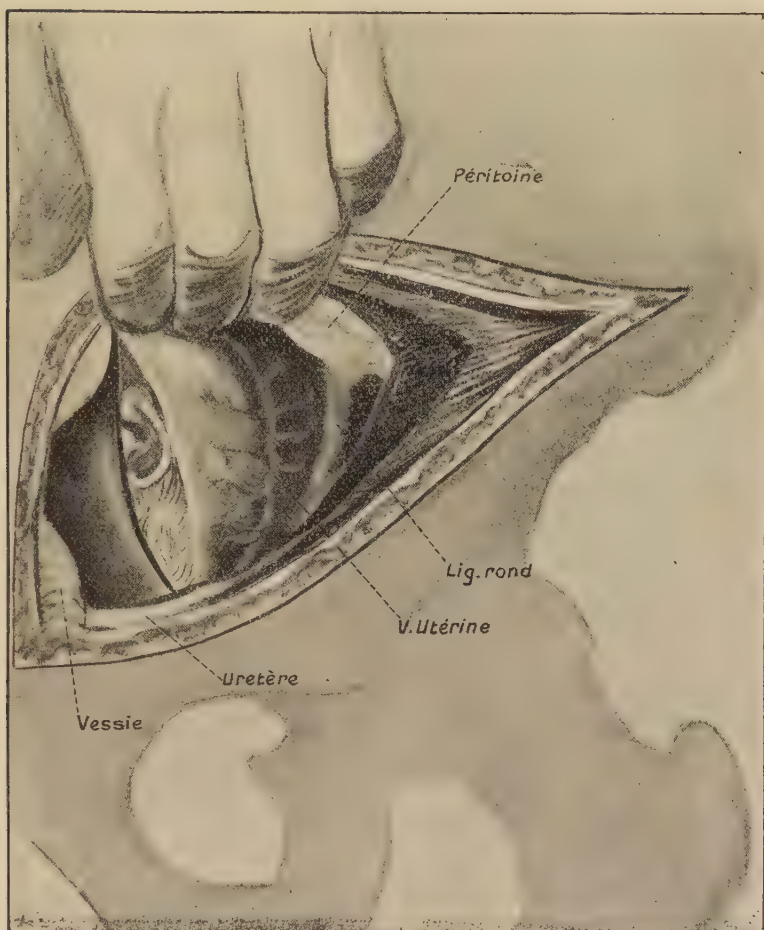


FIG. 2

Opération césarienne du segment inférieur du côté gauche. La veine utérine oblige à faire l'incision très voisine de la ligne médiane : dans l'entrebaillement des lèvres de la plaie opératoire, on voit apparaître la tête fœtale.

inférieure de l'incision, la tête fœtale est amenée vers la brèche utérine. On peut se servir d'une branche de forceps faisant office de levier obstétrical pour aider à la sortie de la tête. Dans certains cas même on peut procéder à une application régulière de forceps ou même exécuter une version podalique. On sectionne le cordon; on laisse l'utérus se rétracter. La délivrance se fera, suivant le cas, d'après la méthode de Crédé ou par introduction de la main dans la cavité utérine. Pour mettre à l'abri d'une trop abondante hémorragie, on introduit le cordon dans le col et l'on pratique la délivrance retardée.

Les Allemands pratiquent l'expression à la Crédé ou la délivrance manuelle dans les instants qui suivent la sortie de l'enfant, aussi les hémorragies considérables qui succèdent à ces manœuvres sont-elles très nombreuses dans les observations publiées. Pour parer à cet inconvénient, M. Fabre, dans les deux opérations qu'il a pratiquées, a fait passer, après la section funiculaire, le cordon du segment dans le col, puis dans le vagin et dans les deux cas la délivrance a été abandonnée aux seuls efforts naturels. Dans un des cas, la délivrance s'est effectuée six heures après, dans l'autre deux heures après environ.

5^e temps : suture du segment. — Les lèvres de la plaie utérine sont d'abord réunies par une première ligne de suture à points séparés, à un centimètre les uns des autres. On emploiera le catgut fort. Ce premier étage de suture est lui-même recouvert par une

seconde ligne de suture, faite à l'aide d'un surjet au catgut.

Réunion des muscles de la paroi au catgut, suture de la peau.

Un drain peut être fixé dans la plaie et aboutit à la partie inférieure de l'incision.

Les détails post-opératoires concernant le pansement, l'ablation des fils, les soins des jours suivant l'opération, le lever de la malade, ne donnent pas lieu à des considérations spéciales.

La description que nous venons de donner peut sembler compliquée par les détails que nous avons tenu à exposer, néanmoins la césarienne extrapéritonéale reste une opération assez facile à exécuter. Une demi-heure suffit d'après Döderlein, quarante minutes pour M. Fabre. Elle ne présente pas de désavantages au point de vue de la rapidité de son exécution. En outre, c'est bien au sens propre du mot une opération totalement extrapéritonéale; la séreuse n'est sectionnée à aucun moment de l'intervention; le péritoine n'est intéressé qu'indirectement au moment où l'on est obligé de le décoller et de le repousser en haut. Ce temps opératoire s'exécute aseptiquement comme nous l'avons vu et, à ce point de vue, il y a une différence capitale entre le décollement pure et simple de la séreuse et son incision, comme on est obligé de la pratiquer dans d'autres méthodes, césarienne classique ou suprasymphysaires transpéritonéales. Dans ces dernières façon de procéder, au cours de l'ouverture de la séreuse, les dangers d'infection existent réellement;

au contraire, avec la méthode que nous étudions, point d'incision sur le péritoine et, de ce fait, diminution, pour ne pas dire absence totale des risques de contamination. D'autre part, dans les cas où, pendant l'intervention, le péritoine se trouve intéressé sur une petite surface et qu'il subisse quelques éraillures ou déchirures involontaires, un point de suture suffit à fermer cette brèche accidentelle.

Nous n'insisterons pas plus longtemps sur les avantages de la technique que nous venons d'exposer (faible importance de l'hémorragie — facilité de l'accouchement — facilité du drainage, etc.). Au chapitre de la discussion nous reprendrons, en les analysant, les divers détails de la méthode pour juger de leur valeur propre comparée à celle des autres procédés.

On nous objectera peut être, à la fin de ce chapitre relatif au manuel opératoire, que les avantages constituant l'intérêt de la technique de Döderlein se retrouvent exactement dans la technique proposée par Latzko. Alors pourquoi ne pas employer invariablement l'une ou l'autre de ces méthodes ?

Pour répondre à cette objection possible, nous dirons qu'effectivement les résultats obtenus avec ces deux procédés sont à peu près les mêmes ; dans la première méthode comme dans la seconde, l'accouchement est bien extrapéritonéal ; pas plus dans l'une que dans l'autre l'infection du péritoine n'est à redouter. Le motif qui nous fait pencher vers la technique de Döderlein est le suivant : d'après les données de Latzko, l'incision abdominale est médiane

et, entre les lèvres de la plaie, ainsi pratiquée, nous tombons en première ligne sur la vessie. Or, il arrive fréquemment que le réservoir urinaire se trouve intéressé par l'incision : c'est là un accident que nous relevons assez souvent, au cours des interventions portant sur la ligne médiane. Pour nous donc, l'incision verticale augmente les chances de blesser la vessie. Avec le procédé de Döderlein, l'incision, contrairement à la précédente, est pratiquée sur le côté, de telle sorte que la poche vésicale se trouve située à l'extrémité interne du champ opératoire et peut, de ce fait, être plus facilement protégée.

D'autre part, dans le même ordre d'idées, il nous semble qu'il vaut mieux inciser à gauche dans la majorité des cas, la vessie se trouvant le plus fréquemment inclinée vers la droite et rendant plus superficielle la moitié gauche de sa face antérieure. Si, au contraire, cet organe est plus saillant du côté gauche, on pourra très bien pratiquer l'incision à droite. En ce qui concerne l'ouverture de la paroi abdominale portant sur le côté gauche, on peut, après avoir sectionné les plans musculo-aponévrotiques, être un peu gêné, après le décollement, par la faible distance qui sépare les vaisseaux du segment de la ligne médiane. En effet, par suite du mouvement de rotation de l'utérus, le segment est entraîné de gauche à droite et les vaisseaux sont rapprochés de la ligne médiane. En refoulant la vessie à droite, on a néanmoins la place suffisante pour faire sur le segment une incision ayant 16 centimètres de longueur, intéressant le canal segmentaire sur toute

sa hauteur, depuis les régions voisines de l'orifice cervical jusqu'à l'anneau de Bandl.

La technique opératoire ainsi fixée, voyons quels sont les cas justiciables de cette méthode d'accouchement extrapéritonéal. A quels cas précis, pouvons-nous limiter l'opération de Döderlein ?

CHAPITRE III

INDICATIONS DE LA CÉSARIENNE EXTRAPÉRITONÉALE

Le chapitre des indications de la césarienne extrapéritonéale mérite une étude tout à fait spéciale ; nous nous efforcerons de la traiter d'une façon un peu plus approfondie. Si, en effet, nous nous reportons à l'histoire de la section extrapéritonéale, nous sommes frappés de ce fait que les auteurs ont établi diversement les indications de cette opération. On peut même dire qu'à l'heure actuelle c'est un point qui reste encore à l'étude. Cette question capitale des indications de l'intervention est vague encore à l'instant présent et les accoucheurs des différents pays ne sont pas d'accord sur les cas dans lesquels la césarienne extrapéritonéale doit être pratiquée. Pour les uns, la gastroélytrotomie est une opération excellente qui, même à l'avenir, remplacera la césarienne classique ; pour

d'autres, au contraire, l'accouchement extrapéritonéal devrait être complètement rejeté ; enfin, pour un troisième groupe, la suprasymphysaire serait indiquée dans les cas bien déterminés où l'on a à craindre les dangers d'infection de la cavité utérine.

Efforçons-nous donc, en envisageant la façon de penser des différents auteurs allemands, français, etc., de fixer, s'il est possible, quelques indications de la nouvelle opération. Nous avons résumé, dans les pages suivantes, l'enquête que nous avons poursuivie à ce sujet et nous avons rangé dans un ordre chronologique l'opinion des divers obstétriciens.

En 1908, Kröemer, Frommé, Hamerschlag et Pfannenstiel tentèrent de pratiquer la césarienne extrapéritonéale dans l'éclampsie. Partant du principe qu'il y a avantage à évacuer dans le plus bref délai possible l'utérus d'une éclamptique, ils tentèrent l'intervention sur le segment inférieur en dehors du péritoine. Les résultats furent peu encourageants et, dans l'esprit de nombreux accoucheurs, la méthode n'est pas applicable à l'éclampsie, sauf peut être dans le cas d'une primipare à col non effacé où elle peut sembler supérieure à l'accouchement forcé.

Döderlein limite très clairement l'indication de la césarienne extrapéritonéale : pour lui, on ne devra pratiquer l'opération que dans les cas de bassins rétrécis.

Si, pour cause d'étroitesse particulière du bassin, on ne peut avoir recours à l'hébotomie, l'indication sera formelle. Dans les cas de mauvais état des

parties molles (rigidité, cicatrice, etc.), on pourra se décider à la césarienne extrapéritonéale. Quand à l'éclampsie et au placenta prævia, Döderlein accorde l'avantage à la césarienne vaginale.

Franck étend les indications de l'opération extrapéritonéale aux cas où le travail est avancé et où l'on peut avoir des doutes sur l'asepsie du contenu de l'utérus. Chez les femmes dont l'état d'asepsie est douteux, la césarienne pratiquée en dehors de la séreuse se présente comme une méthode de nature à sauver la mère et l'enfant.

Fromme partage l'avis du précédent auteur. Pour Baumm, l'accouchement suprasymphysaire, pratiqué d'après la conception nouvelle, est une bonne méthode en soi, mais ne doit pas être faite chez les femmes en état d'infection notoire.

Sellheim va plus loin : il est d'avis d'étendre les indications de la nouvelle opération à la plupart des cas justiciables de l'hébotomie et de la césarienne classique. Pour lui, la section extrapéritonéale est très apte à remplacer la césarienne classique dans les cas non infectés. La césarienne extrapéritonéale pas plus que la césarienne classique ne pouvant s'appliquer aux cas douteux ou infectés, Sellheim préconise dans cette dernière éventualité sa fistule utéro-pariétale.

D'autre part, l'auteur a été amené à pratiquer la césarienne extrapéritonéale chez toute femme chez laquelle le diagnostic de placenta prævia a pu être posé au cours de la grossesse. Sur 15 cas de placenta prævia traités à la clinique de Tübingen, entre le

1^{er} octobre 1907 et le 15 septembre 1908, l'incision extrapéritonéale de l'utérus fut faite 8 fois et les 8 fois avec un succès égal pour la mère et l'enfant. Si l'utérus saigne trop, on a la ressource de prendre entre deux pinces les parois de l'organe amincies à cet endroit. Pour cet auteur, l'hémorragie a toujours été moindre qu'avec les autres méthodes de traitement.

Les contre-indications à cette intervention sont : la mort ou la non-viabilité de l'enfant, l'anémie grave, l'épuisement de la femme par les hémorragies et l'infection.

Otto von Franke croit que le grand avantage de la section extrapéritonéale consiste à être praticable chez les femmes menacées d'infection ou déjà légèrement infectées. Elle est indiquée de plus, de préférence à la symphyséotomie, dans les cas où les membranes sont rompues depuis longtemps et où l'enfant se présente par le siège ou par l'épaule. Même en dehors de toute viciation pelvienne, elle est indiquée dans la présentation de l'épaule négligée.

Quand la femme est fortement infectée, on doit préférer à la section césarienne extrapéritonéale, l'opération de Porro ou la césarienne suivie de l'hystérectomie totale.

Küstner croit que l'opération extra-péritonéale convient aux cas d'infection légère saprophytique, c'est-à-dire aux cas où la poche des eaux est rompue depuis un certain temps et où des examens ont été faits en dehors de la Maternité.

Pfannenstiel réserve aux cas non infectés l'incision extrapéritonéale.

Kermaüner a pratiqué 13 fois la césarienne extrapéritonéale : elle ne peut pas s'appliquer, à son avis, aux cas d'infection grave. On aura recours alors soit à l'opération de Porro, soit à l'embryotomie de l'enfant vivant ou l'on pourra tenter l'accouchement par la fistule utéro-pariétale de Sellheim.

Latzko prétend que, dans les cas « purs », sans infection, la césarienne classique donne d'excellents résultats. La césarienne extrapéritonéale ne trouve donc son indication que dans les cas douteux où la parturiente a subi des examens multiples, où la poche des eaux est rompue depuis longtemps, où il existe un peu de température.

En ce qui concerne les bassins rétrécis, voici la thérapeutique formulée par Latzko en 1910 :

1^o Pour l'infection, dans les cas où l'asepsie est douteuse, l'auteur est d'avis que l'intervention extrapéritonéale peut être pratiquée sans danger de péritonite; quand il y a infection sûre et grave, la craniotomie est sans aucun doute le meilleur procédé de sauver la mère ;

2^o Pour l'accouchement : il faut avant tout s'enquérir des dimensions du bassin et de la tête fœtale. Et là intervient un autre facteur : l'état de primiparité ou de multiparité.

a) Chez les primipares, chez lesquelles les rapports entre le mobile et le canal pelvien sont anormaux, la césarienne extrapéritonéale est formellement indiquée. Est-ce à dire qu'en pareil cas, il

faille absolument laisser de côté la césarienne classique? L'auteur est d'avis que, dans les cas « purs », on peut la pratiquer.

b) Chez les multipares, s'il y a infection probable, l'opération de Porro est l'opération de choix; en cas de très mauvais bassin, la craniotomie doit être pratiquée.

Füchs, de Dantzig, (1909), à la suite d'un cas heureux qu'il publia, prétend qu'il serait prématuré de fixer les indications formelles de la nouvelle opération. Il croit, malgré tout, que la césarienne extrapéritonéale prendra le pas sur la pubiotomie pratiquée chez les primipares.

Hörmann, de Munich, rapporte des observations en faveur de la section extrapéritonéale : il contre-indique cette intervention dans les cas infectés. La pubiotomie conserve ses droits et, chez les primipares seulement, elle doit être remplacée par la césarienne du segment inférieur.

L'avis de Schauta vient à l'encontre de la césarienne extrapéritonéale : pour les cas « purs », non suspects, la césarienne classique est excellente; pour les cas infectés, la première méthode pas plus que la seconde ne donne de bons résultats.

Franz, de Iéna, conclut que, dans les bassins rétrécis, la césarienne basse du segment inférieur donne de bons résultats et, dans la majorité des cas, doit remplacer la pubiotomie, peu importe d'ailleurs la méthode employée, transpéritonéale ou extrapéritonéale. Pour lui, dans les cas où l'infection existe, la voie extrapéritonéale ne protège pas plus

contre les accidents que le procédé transpéritonéal.

Küpferberg, de Mayence, résume comme il suit la question des indications dans les bassins rétrécis :

En cas d'enfant mort crâniotomie.

— — — — — vivant chez les primipares : césarienne extrapéritonéale.

En cas d'enfant vivant chez les multipares : pubiotomie.

F. A. Kehrer conseille :

a) Dans les cas purs, la césarienne classique.

d) Dans les cas douteux ou légèrement infectés, la césarienne extrapéritonéale.

c) Dans les cas où l'infection est certaine, l'opération de Porro.

Eversmann, au congrès international de gynécologie, en 1905, conclut que les indications de la méthode extrapéritonéale vont être étendues et que son succès dépendra surtout des résultats qu'elle aura donné dans les cas infectés. Il la conseille au lieu de la pubiotomie dans les rétrécissement du bassin.

Pour Veit, de Halle a S., la césarienne extrapéritonéale serait indiquée surtout chez les primipares, dans les cas de rétrécissement pelvien, la nouvelle méthode est de beaucoup préférable à la pubiotomie. Il pense que, même chez les multipares, l'hébotomie peut faire place à la méthode extrapéritonéale.

Max Henkel, de Iéna, arrive aux conclusions suivantes :

1) Dans les cas purs et dans les cas douteux, où l'on tient absolument à avoir un enfant vivant, on peut pratiquer la césarienne transpéritonéale ou extrapéritonéale.

2) Dans les cas infectés, à aucun prix, l'incision du corps ou du segment de l'utérus ne sera indiquée.

Carlos Knoop, de Duisbùrg, conseille chez les primipares, la césarienne extrapéritonéale plutôt que l'hébotomie.

Bùmm, de Berlin, au congrès international de gynécologie et d'obstétrique (1910) fixe comme il suit les indications de la méthode extrapéritonéale. Dans les cas « purs », elle ne constitue pas la méthode de choix ; lorsque l'on a à faire à un bassin très rétréci et que l'on veut ménager l'enfant, la césarienne classique est indiquée. Quand il s'agit d'infection, peut-on considérer la section du segment inférieur, pratiquée en dehors du péritoine comme un moyen thérapeutique ? Bùmm prétend que non, car sur 33 femmes infectées ou dont l'asepsie était douteuse, qu'il a opérées, 3 sont mortes. En pareil cas, il accorde l'avantage à la pubiotomie. Et l'auteur termine en disant qu'après deux années d'expérience personnelle, la valeur et les indications de la césarienne extrapéritonéale lui semblent sérieusement diminués. Ce qu'il s'agissait de s'avoir c'était si, avec la méthode nouvellement préconisée, l'on pouvait venir à bout des cas infectés ou graves ; il n'en est rien et les risques courus par l'opérée sont aussi grands qu'avec les anciens procédés.

Richter, à Dresde, en 1910, critique sérieusement

la méthode extrapéritonéale. Les indications sont beaucoup plus restreintes qu'il ne le pensait auparavant, il a pratiqué l'opération dans plusieurs cas de bassins rétrécis dont les diamètres étaient les suivants :

1	bassin D.	promonto-pubien	minimum	5 cm
3	—	—	—	= 6,5
2	—	—	—	= 7
2	—	—	—	= 7 1/4
3	—	—	—	= 7,5
1	—	—	—	= 0

D'autre part l'indication à l'intervention lui avait été donnée par l'état d'asepsie douteuse des parturientes (dans un cas même la présence du gonocoque fut établie) ; les résultats ne furent pas concluants. Aussi l'auteur croit-il que cette méthode ne pourra pas supplanter la section classique du corps et, que dans les cas infectés, la césarienne extrapéritonéale n'a pas réalisé ce que l'on en attendait.

Léopold accorde à l'opération du segment inférieur la même valeur que la césarienne classique comme moyen thérapeutique dans les bassins rétrécis, dont le promonto-pubien est de 8 ou au-dessous : quant au cas douteux et septiques, on ne peut pas compter sur la césarienne extrapéritonéale comme moyen palliatif de l'infection.

Baïsch fait remarquer que les suites de couches, chez tout les opérées, sont normales et qu'il n'y a aucune différence, dans les semaines qui suivent l'accouchement, chez une césariée et une accouchée

normale. Pour lui, cette innocuité relative de l'opération est un motif capital pour recommander l'intervention dans tous les cas où l'ouverture de l'utérus est indiquée. La facilité de la guérison influera certainement sur l'esprit des praticiens et surtout sur celui des parturientes qui se décideront plus facilement à se laisser opérer.

Les accoucheurs allemands semblent donc avoir, en majorité, une confiance assez nette dans la méthode nouvellement préconisée en leur pays : les indications qu'ils établissent le prouve d'une façon évidente.

En ce qui concerne les obstétriciens étrangers à l'Allemagne, les avis sont très partagés sur le chapitre des cas justiciables de la section extrapéritonéale ; les auteurs français en particulier sont loin d'être aussi enthousiastes que leurs confrères de nationalités différentes.

En Italie, la césarienne a été l'objet d'un rapport étendu de Pestallozza, de Rome, Dans un mémoire, présenté par cet auteur au 5^e Congrès international d'Obstétrique et de Gynécologie à Saint-Pétersbourg, nous relevons les conclusions suivantes :

L'indication principale de l'opération est toujours constituée par les viciations pelviennes dont la césarienne est le traitement le plus efficace. Les deux méthodes de césarienne intra et extrapéritonéales ont des indications bien précises.

La césarienne classique conservatrice est toujours l'opération de choix pour les cas certainement aseptiques. Elle est plus indiquée dans les bassins de

moins de 7 cm 5 où l'expectation n'est pas possible, dès le début du travail dans les meilleures conditions d'asepsie.

La césarienne extrapéritonéale apparaît préférable dans les cas où, les membranes étant rompues depuis longtemps, on n'est plus aussi sûr de l'asepsie. Mais quand on est sûr de l'asepsie, elle doit toujours céder le pas à la césarienne classique.

Les cas d'infection avérée ne conviennent à aucune des deux méthodes: c'est à l'embryotomie qu'on aura alors recours: dans les bassins de moins de 75 millimètres, on fera l'hystérectomie sans ouvrir l'utérus ou la fistule utéro-abdominale.

Dans le cas de placenta prævia, la césarienne classique n'est indiquée que chez les femmes qui présentent une rigidité du col: à ce point de vue la césarienne extrapéritonéale est inférieure à la section du corps.

D'après cet auteur, pour la pratique de la césarienne extrapéritonéale, la meilleure technique est celle conseillée par Latzko et Döderlein.

Routh, de Londres, nous apporte, sur la méthode, le jugement des obstétriciens anglais. Peu d'accoucheurs, en ce pays, ont pratiqué la césarienne extrapéritonéale; ils estiment que les résultats obtenus dans les cas purs, avec cette dernière intervention, ne sont pas meilleurs que ceux de la section habituelle du corps utérin; quant au cas où l'infection est probable ou même certaine, ils pratiquent la césarienne classique suivie d'hystérectomie.

En Russie, Kolmogoroff, de Moscou, prétend que,

dans les cas douteux, la césarienne extra péritonéale doit remplacer la césarienne du corps, la section classique conservant ses indications habituelles.

Voici ce que nous dit Vander Velde, de Harlem, au sujet des indications : chez les femmes où le rétrécissement n'est pas trop accusé et où l'état des parties molles est satisfaisant, l'hébotomie est préférable à la césarienne extrapéritonéale. Dans les cas à infection probable, cette dernière intervention est à recommander.

Kouwer, d'Utrecht, arrive aux conclusions suivantes : « Quant aux cas non suspects, nous pouvons être satisfaits avec la section césarienne classique ; il est inadmissible que la césarienne extrapéritonéale supra-symphysaire la surpasserait ». Dans les cas où l'infection est probable, chez les femmes dont le travail a duré longtemps, la césarienne supra-symphysaire extrapéritonéale n'améliore pas les résultats.

« Quant aux résultats primitifs pour le bassin rétréci, dans les cas non suspects ou pas sérieusement suspects, nous dit Kouwer, la césarienne extrapéritonéale a, jusqu'ici, été inférieure par rapport à la césarienne classique. Est-ce qu'elle l'emportera chez les femmes infectées réellement ? J'espère qu'on ne fera pas cet essai ! Jusqu'à présent tout ce que je sais, c'est que certains opérateurs se sentent déjà enclins, dans de tels cas, sans encore avoir osé l'entreprendre en réalité. Les débats ne sont pas encore clos sur la question de savoir si c'est le péritoine ou le tissu cellulaire qui offre le plus de

résistance aux microbes... Tous les auteurs sont d'accord que, dans un cas d'infection clairement démontrée, la césarienne classique est trop dangereuse et même interdite... Il me paraît absolument inacceptable que la césarienne extrapéritonéale suprasymphysaire soit appelée à améliorer le pronostic chez des femmes infectées, le contraire est plus vraisemblable ».

Quant aux dangers d'infection, Kouwer ne voit dans la césarienne du segment inférieur qu'un pas en arrière.

Cette revue générale des opinions, à l'étranger, sur la question des indications, nous permet de nous rendre compte d'un fait : c'est que les avis sont multiples. Certains auteurs nous donnent une solution du problème en fixant nettement les cas où les circonstances se trouvent réalisées au maximum pour être autorisé à intervenir ; d'autres, moins interventionnistes, se tiennent sur une prudente réserve.

En France, la section extrapéritonéale du segment inférieur n'a été pratiquée que rarement : nous en relevons trois observations jusqu'à ce jour, une de M. Doléris, deux de M. le professeur Fabre : aussi la question des indications n'a-t-elle pu être traitée chez nous avec tous les détails qui lui conviennent. Nous réservons pour la fin ce chapitre l'opinion de M. le professeur Fabre.

M. Cyrille Jeannin limiterait les indications de la césarienne extrapéritonéale à des cas très spéciaux. Il concluerait comme suit :

a) « *Les conditions sont idéales* : nous ne voyons

pas l'avantage que présente alors la césarienne supra-symphysaire sur la césarienne classique.

b) Le cas est douteux, et sans qu'il y ait infection évidente : la césarienne supra-symphysaire nous semble alors beaucoup plus prudente et, de ce chef, mérite de prendre le pas sur sa rivale.

c) La femme est infectée : la supra-symphysaire n'est pas plus de mise que la césarienne classique.

M. Doléris, qui a pratiqué une fois l'opération, dont nous publions l'observation, estime qu'il est des cas dans lesquels, avec un travail assez avancé, on se risquera à passer par cette voie latérale avec plus de succès que par l'autre. Malgré tout, il n'est pas encore très convaincu : c'est pourquoi il préfère ne pas préciser les indications.

Potocki, Wallich et Lepage se tiennent sur la même réserve.

Dans sa thèse (Montpellier-1911), Parrel expose une revue critique des nouvelles méthodes. L'opération supra-symphysaire lui semble, dans les cas infectés, un procédé aussi dangereux que la césarienne classique : car le tissu cellulaire pelvien est aussi sensible à l'infection que le péritoine. Parmi les techniques nouvelles, il accorde la préférence à celles de Döderlein et de Latzko.

M. Fabre, qui sait ce que l'on peut attendre de cette opération, limiterait comme il suit, le champ si vaste des indications relatives à la section du

segment inférieur ; seraient justiciables de cette opération :

I. — LES RÉTRÉCISSEMENTS DU BASSIN

a). *Chez les primipares*, en cas d'angustie pelvienne avec moins de 8 centimètres de diamètre utile, nous pratiquerons la césarienne extrapéritonéale : nous laisserons de côté l'hébotomie qui, chez les femmes ayant leur première grossesse, donne des résultats défectueux. A ce point de vue spécial, l'accouchement extrapéritonéal latéral est de beaucoup préférable à la pubiotomie.

b). *Chez les multipares* : il importe d'étudier l'état des parties molles.

Envisageons le cas d'une femme à grossesses multiples, dont les parties molles sont souples, chez laquelle le col ne s'oppose pas, par sa résistance, au passage de la tête, chez laquelle le diamètre antéro-postérieur est de plus de 8 c (bassin généralement rétréci ou bien aplati et généralement retiné) : en pareil cas, la pubiotomie est l'opération que nous pratiquerons.

Si, au contraire, nous avons à faire à une multipare chez laquelle, par suite d'atrésie vaginale, de cicatrices du col, l'état des voies génitales est défectueux, chez laquelle, par la version ou le forceps, nous courrions sciemment le risque de déchirures et d'éclatements forcés, nous aurions recours alors à la césarienne classique.

II. — LES INFECTIONS

Il faut distinguer ici des cas différents, car, au point de vue théorique, on se trouve dans des cas nettement tranchés (streptocoques, anaérobies); au point de vue pratique, on ne peut pas avoir une certitude absolue de l'infection et c'est ce qui constitue la difficulté de l'indication.

1^o Supposons le cas d'une femme ayant un bassin normal et *infectée notoirement*. A son arrivée à la clinique, on établit la présence indubitable de *streptocoque* hémolytique ou les symptômes consécutifs à l'infection streptococcique (température, frissons, pouls, etc.) : là, pas d'hésitation. On ne doit pas songer un instant à une intervention quelconque sur la mère; pas plus la césarienne classique que la césarienne extrapéritonéale ne doivent être mises en balance; il n'y a qu'une conduite à tenir : c'est de procéder à la craniotomie ;

2^o Dans un autre cas, par exemple, l'analyse bactériologique certifie l'absence de streptocoques et ne révèle que la présence *d'anaérobies et de colibacilles*; ces formes d'infection sont cliniquement déterminables par des phénomènes d'élévation de température relativement faible, par la nature de l'écoulement vaginal (aspect, odeur), par l'accélération du pouls.

On pourrait discuter l'opportunité de l'intervention; cependant notre conviction étant que le tissu cellulaire se défendra contre le développement de

l'infection peut-être moins bien que le péritoine lui-même, nous pensons que la césarienne extrapéritonéale est encore contre-indiquée et que la césarienne classique, avec Porro, donnera les meilleurs résultats ;

3^o Nous nous trouvons en présence d'un *cas à infection douteuse*, mais non certaine, ce qui arrive fréquemment en pratique : les signes cliniques sont très atténués, mais existent isolés, non groupés, conduisant à la notion de l'incertitude de l'asepsie, sans pouvoir pour cela affirmer l'infection. Que faire ? Pour nous, incontestablement, la supra-symphysaire extrapéritonéale offre des avantages nettement supérieurs à ceux de la césarienne classique ; aussi l'incision du segment inférieur, pratiquée en dehors du péritoine, sera-t-elle de mise ;

4^o On est appelé auprès d'une femme dont les *membranes sont rompues depuis longtemps* ; nous relevons un pouls de rapidité moyenne et une température de 38°, par exemple. A quelle méthode devons-nous nous rallier ? En pareil cas, la césarienne extrapéritonéale nous semble indiquée ; bien entendu s'il n'y a pas d'élévation thermique et que le pouls soit bon, la section classique sera l'opération de choix.

III. AUTRES INDICATIONS.

1^o *Eclampsie*. — Dans l'éclampsie, la césarienne extrapéritonéale doit être complètement rejetée ; on saurait comprendre dans quels cas elle pourrait être appliquée. Pour M. Fabre, le traitement médical donne

des résultats tels, que, pendant la grossesse, toutes les évacuations rapides de l'utérus, doivent être abandonnées; du reste, dans tous ces cas, la césarienne extrapéritonéale ne serait pas applicable, le segment inférieur n'étant pas constitué. Pendant le travail, chez les éclamptiques, le traitement obstétrical doit être réduit à des manœuvres opératoires aussi peu traumatisantes que possible, car on n'agit, chez ces femmes, que pour diminuer les chances de mort de l'enfant. Si le col est dilaté, à 5 centimètres, attendez; si la dilatation est presque complète, on peut l'achever par quelques manœuvres digitales et extraire l'enfant; si la dilatation est complète, un forceps remplira l'indication. Dans aucun cas, à notre avis, la césarienne extrapéritonéale ne peut être pratiquée.

2^o *Dans le placenta prævia*, la version, par manœuvres mixtes de Braxton-Hicks, avec extraction différée, donne des résultats tels que, si la malade n'est pas déjà en proie à des phénomènes d'anémie aigüe, la survie est certaine; le seul danger à courir est l'hémorragie qui succède à l'extraction de l'enfant et la césarienne supra-symphysaire ne peut pas mettre à l'abri de ce groupe d'accidents; elle ne pourrait que les rendre plus accusés.

3^o *Présentation négligée de l'épaule*. — L'embryotomie cervicale ou en écharpe est pour nous le thérapeutique à appliquer directement à ces faits cliniques: l'enfant est mort ou très compromis, et faire courir des risques de mort à la mère par la césarienne extrapéritonéale nous semble un non-sens,

étant donné de plus, que la longue durée du travail rend l'infection maternelle très probable.

Ce qui pour nous constitue le principal avantage de la césarienne extrapéritonéale, c'est qu'elle complète le groupe d'opérations qui, dans les rétrécissements du bassin, sont employées pour tous les cas où la disproportion entre la tête et le canal pelvien n'est pas suffisante pour indiquer la césarienne tout à fait au début du travail, alors qu'on est certain que l'effort utérin est incapable de faire franchir la tête au détroit supérieur. Dans tous les cas, où l'expectative est nécessaire, où il est indispensable d'attendre un certain temps, souvent plusieurs heures, afin de constater la mobilité de la tête, au moment où l'on hésite entre césarienne classique, hébotomie, forceps au détroit supérieur ou version, c'est, dans ces cas, à mesure que la césarienne classique perd de sa sécurité, qu'au contraire la césarienne supra-symphysaire devient de plus en plus applicable, et à mesure que l'asepsie du milieu intra-utérin diminue, sans que cependant l'infection soit produite, la méthode extrapéritonéale reprend ses avantages; elle sera surtout applicable chez les primipares et mise en parallèle chez les multipares, avec l'hébotomie.

La supra-symphysaire extrapéritonéale fait partie de l'arsenal thérapeutique à employer dans les traitements des rétrécissements du bassin, par la méthode d'expectation et c'est ainsi que nous la considérons comme une méthode utile, méritant d'être étudiée dans tous ses détails : l'avenir dira quels seront ces résultats dans les cas que nous venons d'étudier.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS OPÉRATOIRES STATISTIQUE

Nous ne pouvons pas, à coup sûr, dans un travail aussi limité que le nôtre, citer en détails toutes les observations de césarienne supra-symphysaire extrapéritonéale qui ont été pratiquées en ces dernières années : nous donnons simplement leurs résultats avec les détails suffisants et un tableau ainsi dressé nous permettra de nous rendre compte dans l'ensemble de la valeur de la méthode.

STATISTIQUE DE HOLZAPFEL

Pour les cas de césarienne extrapéritonéale publiés jusqu'en 1909, c'est Holzapfel qui a analysé ces observations : sur 162 cas, nous comptons, à l'exclusion des décès dûs à l'éclampsie, 9 morts pour les mères, 9 pour les enfants, ce qui donnerait une proportion de 5,5 p. o/o.

STATISTIQUE DE M. CYRILLE JEANNIN

En 1909, M. Cyrille Jeannin a établi une nouvelle statistique dont voici le chiffre :

I. — MORTALITÉ MATERNELLE

La mortalité maternelle est basée sur 148 cas analysés par l'auteur.

Sur 148 cas mort..	{	Par infection.....	5
		Par éclampsie.....	4
		Par causes diverses.....	2

Soit, au total 11 morts, et, en n'envisageant que les décès par suite d'infection, nous relevons 5 décès, ce qui donnerait un pourcentage de 3,4 p. 100.

II. — MORTALITÉ FŒTALE

Basée sur 110 cas :

Sur 110 cas mort..	{	Avant la section utérine..	2
		Par traumatismes crâniens	2
		Chez une mère agonisante	1
		Due à l'intervention.....	4

En ne tenant pas compte des 2 cas où l'enfant présentait des traumatismes du crâne, ni des 2 cas où l'enfant avait succombé avant l'intervention, ni de celui où l'accouchement a été pratiqué chez une mère à l'agonie, il reste 4 morts : ce qui réduit la mortalité foetale à 3.62 p. 100.

STATISTIQUE DE LATZKO

Nous donnons maintenant la statistique de Latzko
Elle ne concerne que la mortalité maternelle et
reste muette sur la mortalité fœtale.

Sur 150 cas, mort par	{ Infection	8
	{ Eclampsie	2
	{ Causes diverses	1

En ne relevant que les morts par infection, le total
de 11 décès se réduit à 8 : d'où mortalité maternelle
égale à 5,33 p. 100

STATISTIQUE PERSONNELLE

Notre statistique est basée sur un total de 349
cas, relevés dans le *Zentralblatt für Gynäkologie
und Obstétrik*, depuis la fin de l'année 1909 jus-
qu'aux dernières semaines de novembre 1911. Nous
avons dressé le tableau suivant, qui, dans sa forme
synthétique, permettra au lecteur de se rendre
compte plus facilement des résultats obtenus tant
pour la mère que pour l'enfant.

Nous n'avons pu malheureusement donner, avec
chaque cas, ses indications, ce dernier renseigne-
ment manquant dans la plupart des observations
que nous avons relevées ; d'autre part nous nous
empressons d'ajouter que nous n'avons pu vérifier si,
parmi les cas que nous citons, il y en a quelques-uns
qui aient été relatés dans les statistiques précédentes.
Vu le temps limité qu'il nous a été possible de consa-

crer à notre travail, nous n'avons pu parer à ce petit inconvénient.

NOM DE L'OPÉRATEUR	CAS opé es	MORTALITÉ MATERNELLE			MORTALITÉ FATALE	
		Infection	Eclampsie	Causes diverses	dûe à l'intervent.	Causes diverses
Füchs	1	»	»	»	»	»
Nacke	1	»	»	»	»	»
Franck	1	»	»	»	»	»
Hormann	10	»	»	»	»	»
Füth	1	»	»	»	»	»
Küpperberg	4	»	»	»	»	»
Jung	4	»	»	»	»	2
Baümm	40	2	»	»	5	»
Küstner	24	1	»	»	»	»
Rünge	22	2	»	»	»	»
Rubeska	1	»	»	»	»	»
	(Itérative)					
Streit	3	»	»	»	»	1
Bumm	33	3	»	»	»	»
Sellheim	46	5	»	»	6	»
Sigwart	27	2	»	»	»	»
Strassmann	3	»	»	»	»	»
Koblanck	10	»	»	»	»	»
Frank	5	»	»	»	»	»
Doderlein	32	2	1	»	2	»
Richter	11	1	»	»	»	»
Léopold	12	»	»	»	»	»
Baïsch	50	1	1	1	1	4
Cholmogorow	1	»	»	»	1	»
Morawski	9	»	»	»	»	»
Walcher	15	1	»	»	2	»
Scheurer	1	»	»	»	»	»
Fabre	2	»	»	»	»	»
TOTAL	349	20	2	1	17	7

Sur ce total de 349 observations analysées par nous, nous arrivons aux résultats suivants :

A) *Mortalité maternelle.*

En évaluant la mortalité globale des femmes opérées, nous avons un total de 23 décès, c'est-à-dire une proportion de 6,5 p. 100. En tenant compte uniquement des morts par infection, notre total s'abaisse à 20 morts, ce qui donne une proportion de 5,73 p. 100.

Nous donnons donc comme exacte la mortalité post-opératoire de **5,73 p. 100.**

B) *Mortalité fœtale.*

Sur 349 cas observés, d'une façon générale; on note 24 morts pour l'enfant, c'est-à-dire un pourcentage de 6,87 p. 100. Comme ci-dessus, en n'envisageant que les morts à la charge de l'opération, nous relevons une mortalité de 17 sur 349.

Comme chiffre exact de la mortalité fœtale post-opératoire en clinique, nous donnons une proportion de **4,58 p. 100.**

CHAPITRE V

DISCUSSION DE LA MÉTHODE

Pour nous faire une idée exacte de la méthode, comparons-la aux différents procédés préconisés en obstétrique : voyons quelle est sa valeur propre d'abord, puis envisageons sa valeur par rapport aux autres opérations.

Ses *avantages* reconnus : nous ne] reviendrons pas spécialement sur ce point qui a été abordé dans les différents chapitres qui précèdent.

L'incision portant sur le segment inférieur, c'est-à-dire sur la partie non contractile de l'utérus.

La faible importance de l'hémorragie.

L'absence des dangers relatifs à l'infection de la cavité péritonéale.

Son indication dans quelques cas à *asepsie douteuse*, sa valeur en tant qu'*intervention retardée*, permettant d'utiliser au maximum la force utérine pour le passage spontané de la tête, s'il peut se pro-

duire et si le pronostic n'est pas aggravé par cette attente, tous ces arguments viennent plaider en faveur de la césarienne extra-péritonéale.

Si, d'autre part, nous voulons passer en revue les défauts que l'on peut reprocher à la section suprasymphysaire, car, comme tous les procédés, ce dernier est loin d'être parfait, nous les rangerons en deux groupes : les accidents immédiats, les accidents à distance.

A. — ACCIDENTS IMMÉDIATS.

Sur quelques points spéciaux, la césarienne suprasymphysaire présente des difficultés de technique qui donnent lieu à des accidents opératoires. Ces derniers sont, pour la plupart consécutifs, au décollement péritonéal qui, comme nous l'avons dit plus haut, constitue un des temps pénibles de l'intervention.

1^o *La déchirure du péritoine.* — C'est là un des accidents les plus fréquemment observés au cours du décollement de la séreuse péritonéale. Ces déchirures peuvent être évitées en opérant d'une façon très prudente : ce décollement doit se faire avec un gant de fil stérilisé ou au moyen d'un tampon de gaze. En tout cas, ces solutions de continuité portant sur le péritoine sont de fort peu d'étendue et, en les suturant à mesure qu'on les produit, on évite toute chance de contamination de la cavité abdominale. Dans une des observations de M. Fabre que nous rapportons, il y a eu lésion du péritoine, dans l'autre cas, la sé-

reuse a été complètement respectée. Sur 3 cas relevés par Streit, nous notons 1 fois la déchirure du péritoine, sur 27 opérations de Sigwart 11 fois, sur 3 observations de Strassmann, 1 fois.

Notons, en passant, que sur les 27 observations de Sigwart, les accidents se répartissent comme il suit : Méthode de Latzko : 3 déchirures du péritoine ; méthode de Sellheim : 8 déchirures du péritoine.

2° *La déchirure de la vessie.* — Cet accident est plus rare : il relève également des tentatives de décollement de la séreuse péritonéale. Sur les 33 cas observés par nous, nous relevons quatre fois la blessure de la poche vésicale. M. Cyrille Jeannin la note quatre fois sur 65 cas, ce qui donnerait, d'après lui, une proportion de 4, 6 p. 0/0.

3° *L'hémorragie*, comme nous l'avons bien expliqué dans le chapitre de la technique, est pour la plupart du temps un accident très rare : c'est tout à fait exceptionnellement que l'on relève, au cours de l'incision du segment inférieur, un écoulement de sang abondant. Cependant nous devons dire que, au cours du décollement du péritoine vésico-utérin, il peut se produire une rupture des canaux veineux vésicaux et donner lieu, par suite, à un suintement sanguin, malgré tout peu abondant : un tamponnement à la gaze suffit pour arrêter cette légère hémorragie.

4° Sans constituer des accidents véritables, comparables à ceux qui viennent d'être cités et qui relèvent directement des fautes de technique, les

difficultés possibles qui surgissent pendant *la période d'attente* peuvent se ranger parmi les désavantages immédiats de la méthode.

L'expectation est dangereuse, surtout au point de vue fœtal : en effet, pendant l'espace de temps qui sépare le début du travail de l'instant où l'opération suprasymphysaire devient possible, c'est-à-dire le moment où le segment inférieur est bien constitué, la circulation du fœtus peut être modifiée, soit par suite de la rupture prématurée de la poche des eaux, soit par suite de procidence du cordon. Dans cette dernière éventualité, l'intervention doit être réalisée d'urgence, alors que les conditions nécessaires pour pratiquer l'opération ne se trouvent pas réunies. M. Fabre s'est trouvé en pareilles circonstances, pendant la période d'attente : une fois il y a eu procidence du cordon, une autre fois des souffrances inexpliquées du fœtus se sont produites, et l'on a été obligé de pratiquer, pour sauver les deux enfants, la césarienne classique.

B. — ACCIDENTS A DISTANCE

Nous envisageons, dans ce paragraphe, la mortalité post-opératoire chez les opérées, puis la question importante de la cicatrice du segment inférieur.

1^o *Morbidité.* — Parmi les accidents relatés pendant les suites de couches, les plus fréquents sont les accidents infectieux : phébités, élévation de température, petits abcès superficiels, suppuration.

Beaucoup d'observations ne fournissent pas les renseignements utiles à ce sujet. Sur trois observations de Streit, dans un cas, il y a eu pendant les 24 heures suivant l'intervention une élévation de température égale à $37^{\circ}1$, dans le second cas $37^{\circ}7$, dans le troisième cas $38^{\circ}7$. Strasmann, sur 3 cas personnels, relève une température de 38° pendant 8 jours. Sur 104 opérées, Cyrille Jeannin rapporte 12 cas dans lesquels l'élévation de température a été marquée pendant les premiers jours, 2 cas de phlegmation alba dolens, 12 fois la suppuration de la plaie opératoire.

2^o *Cicatrice utérine*. — Au cours des premières années, durant lesquelles fut lancée la césarienne extrapéritonéale, le point dangereux était la question de la résistance de la cicatrice du segment inférieur ; pour tous les accoucheurs, la solution de ce problème constituait la valeur du procédé. Aujourd'hui, l'on est arrivé à réunir des observations de grossesses réitérées chez des femmes opérées antérieurement suivant la voie suprasymphysaire et la question de la rupture possible de la partie inférieure de l'utérus, dans les accouchements ultérieurs, chez les césarisées, se trouve à l'heure actuelle en partie solutionnée.

Pour répondre aux objections possibles concernant les risques du côté de la cicatrice, nous nous sommes adressés à des auteurs qui ont eu l'occasion de suivre, au cours de leurs grossesses consécutives, des femmes opérées par eux. Nous sommes arrivés

à un total de 17 cas ainsi observés ; parmi ces parturientes, les unes furent réopérées par la voie extrapéritonéale, les autres eurent des accouchements difficiles mais sans intervention.

Sur 5 cas rapportés par Hartmann, cet auteur nous donne l'observation d'une femme opérée antérieurement, qui, plus tard, accoucha spontanément de deux enfants ; les 4 autres parturientes furent réopérées, une même pour la troisième fois. Pas de phénomènes spéciaux à noter du côté de la cicatrice antérieure qui se comporta très bien.

Les 2 cas que nous communiquons Lichtenstein portent sur deux femmes, dont l'une vint à la clinique pour être réopérée ; l'autre, secondipare, ayant subi en 1908 l'opération suprasymphysaire, présentait une grossesse gemellaire avec hydramnios ; elle accoucha spontanément de deux enfants. Toutes deux n'avaient rien de particulier au niveau de la cicatrice du segment et furent renvoyées en bonne santé quelques jours après.

Scheffzeck a eu l'occasion d'observer 9 femmes à qui l'on avait fait une césarienne extrapéritonéale et qui accouchèrent une seconde fois. Dans quatre cas, il pratiqua l'extrapéritonéale itérative avec succès, dans trois cas, un accouchement fut provoqué artificiellement et terminé par la version et le forceps : une fois, accouchement non provoqué terminé par version, une fois, accouchement prématuré (enfant de 1.030 grammes). L'auteur insiste sur les suites favorables ; on retrouve plus tard les traces de la cicatrice sur l'utérus. La cicatrice est solide et on ne risque pas

de fixation de l'utérus à la paroi antérieure non plus que les adhérences intestinales dangereuses. Dans un cas seulement, l'auteur ne put vérifier la suture utérine, par suite d'une hémorragie de la délivrance.

Rubeska rapporte un nouveau cas de femme, ayant subi une opération césarienne suprasymphysaire répétée. Il s'agit d'une secundipare de 26 ans ; la suture du segment a très bien résisté, lors de la seconde intervention, pendant six heures, à des douleurs relativement fortes, sans le moindre dommage (Voir obs.).

Les auteurs, que nous venons de citer, se basant sur leur expérience personnelle, sont d'avis que la cicatrice résiste bien aux accouchements ultérieurs et qu'il n'y a pas lieu de craindre, à ce niveau, des dangers de rupture.

Etablissons maintenant un parallèle résumé entre les principales opérations pratiquées en clinique et la césarienne extrapéritonéale : comparons-la :

1^o) *Avec la césarienne classique.* — La césarienne classique présente des avantages sur la méthode extrapéritonéale en ce qui concerne la simplicité et la durée de l'intervention : le premier procédé est plus rapide.

La césarienne extrapéritonéale est supérieure à la césarienne classique sur les points suivants : l'hémorragie, les risques d'infection de la cavité péritonéale, les dangers de rupture cicatricielle. D'après Couvelaire, les ruptures de cicatrice utérine se relèvent dans 2 cas p. 100 ; dans notre enquête, sur 19 cas

observés, la cicatrice n'a pas donné lieu à des accidents ultérieurs.

Quant aux chiffres portant sur la mortalité fœtale et maternelle, nous avons vu, au chapitre de la statistique, qu'ils étaient à peu près équivalents.

2^o) *Avec l'hébotomie.* — Au chapitre des indications, nous avons établi que chacune de ces deux méthodes étaient de mise dans des cas précis, suivant l'état de parité de la femme.

3^o) *Avec la césarienne vaginale.* — Cette dernière intervention, ayant des indications très nettes, ne peut être comparée avec la césarienne extrapéritonéale suprasymphysaire. Pour nous, la section du segment inférieur est applicable à des rétrécissements du bassin, l'hystérotomie vaginale est applicable à des cas autres que les rétrécissements du bassin : par conséquent, il n'y a pas de comparaison possible.

CHAPITRE VI

Observations

Sur le grand nombre d'observations que avons parcourues, nous en publions sept, deux qui nous sont personnelles et une de M. Doleris pour les observations françaises; quatre observations allemandes, deux de Döderlein, une de Fuchs, une de Jahreiss, qui nous ont paru intéressantes et dans lesquelles tous les renseignements fournis permettront au lecteur de se rendre compte de tous les détails du manuel opératoire. De plus, pour bien démontrer la résistance de la cicatrice du segment inférieur, nous reproduisons une observation de césarienne extrapéritonéale itérative, due à Lichtenstein.

OBSERVATION I

(Opération césarienne du segment inférieur. — 14 février 1910)
Service de M. le Professeur FABRE

G... J..., 23 ans.

Domestique. — Primipare.

Père inconnu. — Mère morte, il y a 18 ans, à l'Hôtel-Dieu, d'affection ignorée. Antécédents collatéraux : 4 frères et sœurs perdus de vue. La malade ne sait rien sur sa première enfance, ayant été abandonnée par sa mère. Elle se souvient pourtant n'avoir marché qu'à 5 ans $1/2$: « elle avait, dit-elle, les jambes crochetées, les pieds croisés. » Sans autre traitement qu'une contention dans un maillot, les jambes reprirent leur position normale. Conjonctivite phlycténulaire jusqu'à l'âge de 7 ans : la vue était très faible ; mais actuellement, si la vue n'est pas normale, elle est considérablement améliorée. Rougeole à 8 ans. On ne relève aucune trace de tuberculose, ni de syphilis. — Réglée à l'âge de 13 ans $1/2$ et depuis lors régulièrement.

Grossesse actuelle : les dernières règles datent du 14 au 17 avril 1909. Accouchement probable pour le 22 janvier. Gestation normale, avec vomissements les deux premiers mois ; l'enfant a bougé à 4 mois $1/2$.

Examen de la parturiente : la malade est de petite taille, environ 1 m. 40. Elle a les jambes courtes, mais le squelette n'est pas atrophié. On ne remarque même pas de rachitisme net, si ce n'est un peu de genu valgum. Les mains sont épaisses, courtes et carrées.

A l'auscultation, rien à signaler aux poumons, rien au cœur.

Urines normales.

Examen du bassin : Promontoire au bec assez saillant, atteignible à 9 cm. 3. Le diamètre utile est de 7 cm. 8, car le promontoire n'étant pas très élevé, on ne fait une réduction que de 15 millimètres. La symphyse pubienne est moyennement élevée et inclinée, sans bourrelet rétrosymphysaire. Arc antérieur à forte courbure avec asymétrie et projection plus forte de la coryloïde droite. Le sacrum est tout à fait convexe dans le sens transversal. Il s'agit donc d'un bassin aplati et généralement rétréci à mauvais arc antérieur. La forme générale du détroit supérieur est triangulaire.

La malade est entrée aux expectantes le 27 décembre. A

ce moment la hauteur utérine est de 28 cm., la tête fœtale est très mobile, dos à droite et l'épaule est perçue à 7 cm. de distance de la ligne médiane et, à 10 cm. de hauteur, au-dessus des pubis.

24 Janvier: la hauteur utérine est de 32 cm. La tête fœtale est très mobile en occipito-iliaque gauche postérieure.

L'épaule est à 12 centimètres de hauteur.

28 janvier. — Hauteur utérine : 34 centimètres ; mêmes signes.

7 février. — La hauteur utérine est de 36 centimètres. Le dos est à gauche ; bruits du cœur normaux ; col long de 3 centimètres environ, extra-médian à droite, orifice externe fermé ; segment non constitué. Tête très mobile.

13 février. — La malade éprouve quelques douleurs, espacées dans l'après-midi, douleurs qui se rapprochent toutes les 5 minutes entre 7 et 9 heures du soir. La dilatation est à 2 centimètres de diamètre. La malade, depuis 9 heures, peut dormir jusque vers 2 heures du matin.

14 février. — Hauteur utérine = 35 centimètres. Tête très mobile et non fléchie, épaule à gauche à 10 centimètres de distance de la ligne médiane et à 12 centimètre de hauteur. Les bruits du cœur sont à 124, bien frappés ; la dilatation est à 3 centimètres. La poche des eaux est piriforme et la tête très élevée n'est pas atteinte par le toucher pratiqué à 8 heures du matin. Les douleurs de dilatation sont rapprochées et violentes.

En résumé : bassin rachitique. Travail commencé depuis 48 heures. Tête fœtale mobile. Poche des eaux non rompue. Dilatation à 3 centimètres de diamètre.

Par le palper abdominal, on sent l'anneau de Bandl, à 10 centimètres environ au-dessus des pubis, au-dessus de la tête qui déborde la symphyse. Les conditions semblent donc réalisées pour pratiquer une césarienne supra symphy-saire.

Désinfection de la malade. Anesthésie à l'éther.

Opération. — Après évacuation de la vessie, on injecte dans celle-ci 100 grammes d'eau bouillie. A ce moment, en examinant la paroi abdominale inférieure, on constate que la vessie est complètement refoulée à droite de la ligne médiane et remonte très haut au-dessus des pubis. A gauche, au contraire, la vessie est à peine perceptible; de plus la tête fœtale est légèrement extra-médiane et se sent mieux à gauche qu'à droite. L'inclinaison de l'utérus est très marquée, le fond étant à droite. Ces conditions particulières décident à intervenir du côté gauche.

Suivant le procédé de Döderlein, on incise la peau depuis la ligne médiane, à 1 centimètre au-dessus des pubis jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure, parallèlement à l'arcade de Fallope et à 2 centimètres au-dessus de celle-ci; puis le tissu cellulaire, l'aponévrose du grand oblique, les muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen (grand droit excepté) sont sectionnés : l'on arrive ainsi sur le tissu cellulaire et le cul-de-sac péritonéal. A la partie supérieure et interne de l'incision, entre la vessie en dedans et le ligament rond en dehors, on arrive sur le segment inférieur dont on n'est plus séparé que par un mince fascia celluleux. On commence alors le clivage nécessaire, pour se donner un jour suffisant sur la face segmentaire à inciser.

C'est là un temps très pénible de l'opération; on est très gêné en dehors par le ligament rond très antérieur, à cause de la torsion normale à droite de l'utérus gravide. En dedans et en haut, on est moins gêné. La vessie est, en effet, en position paramédiane droite et on arrive facilement à la récliner; le cul-de-sac péritonéal, qui se laisse aisément cliver, est néanmoins difficile à repousser suffisamment en haut pour découvrir le segment sur la hauteur nécessaire. Le segment est bientôt mis à nu, sur une hauteur de 14 centimètres. Le cul-de-sac péritonéal est récliné par la main gantée d'un aide qui soulève en même temps la paroi abdominale antérieure. On constate que le segment est énormément distendu par la

tête fœtale et que la rotation de l'utérus à droite est telle que sa face latérale est devenue presque antérieure.

En avant du ligament rond, on voit ramper, sur le segment, la veine utérine énorme, présentant des arborisations régulières, recouvrant toute la face latérale du segment. En bas, on voit l'uretère qui croise toute la face inférieure du segment et en haut on perçoit facilement l'épaississement de l'anneau de Bandl. Cette mise à nu du segment, par le clivage des différents plans, n'a occasionné aucune hémorragie. On sent, avec netteté, la masse céphalique au travers du segment qui est d'une minceur extraordinaire, si bien que, pour sectionner celui-ci, on le saisit avec des pinces à disséquer, on le perce en le coupant avec des ciseaux et l'on poursuit l'incision, sur un doigt conducteur, depuis l'uretère jusqu'à l'anneau de contraction ; la veine circulaire est sectionnée. Cette incision, partie de très bas, est très antérieure, remonte verticalement à 14 ou 15 centimètres, intéressant le segment inférieur dans sa totalité.

La tête fœtale est mise aussi à nu, par sa face auriculaire : l'oreille apparaît dans l'incision. La branche gauche du forceps est introduite à gauche, sur une main guide, dans le segment et la tête est énuclée facilement. Les épaules sont dégagées et le reste du tronc suit facilement, grâce à des manœuvres d'expression. L'incision est suffisamment grande pour qu'il ne se produise aucune déchirure. On lie le cordon, on le coupe et l'on est étonné de voir que cette section utérine, toujours béante, ne saigne pas, sauf au niveau de la veine circulaire de l'anneau qui a été coupé. On passe alors la main dans la cavité utérine, on rompt la poche des eaux et, par le col rendu ainsi perméable, que de plus on dilate manuellement, on fait passer le cordon.

On commence alors le temps opératoire : suture du segment. La partie inférieure de l'incision ne donne pas une goutte de sang, mais, à la partie supérieure, la veine circulaire sectionnée donne un véritable jet sanguin ; deux fils de soie, passés avec une aiguille dans le tissu musculaire de

l'anneau, obturent de chaque côté le vaisseau, et la suture du segment est faite par points séparés, au catgut; puis l'on termine par un surjet de catgut également, sur toute la longueur de l'incision.

On procède à la réfection de la paroi. Un drain est placé à la partie inférieure de l'incision et la paroi abdominale est reconstituée, plan par plan, par des sutures musculo-aponévrotiques au catgut; l'aponévrose du grand oblique est suturée à la soie et la peau au crin de Florence. On met de la teinture d'iode sur toute la ligne d'incision et l'on fait le pansement.

L'opération commencée à 10 h. 1/2 est terminée à midi.

Le toucher est alors des plus instructifs: le col est à 3 centimètres de la vulve et à 2 centimètres de l'orifice externe de celui-ci; on sent l'extrémité inférieure de la suture que l'on peut remonter sur une longueur de 6 centimètres. Au palper l'utérus est bon et se contracte: expulsion de 50 à 100 grammes de sang. La hauteur utérine est alors de 21 centimètres, l'ombilic étant à 14 centimètres et la largeur de 11 centimètres environ.

A midi 1/2, la malade continue à perdre assez abondamment et l'utérus se contracte mal. Le pouls est à 140, faible. La face est pâle et l'on fait 500 grammes de sérum.

1 heure 1/4: le pouls est meilleur. Il est à 120, mieux frappé. L'utérus se contracte.

1 heure et 1/2: le pouls est à 110, la malade a de bonnes douleurs et l'utérus se contracte bien.

A 2 heures moins 20, le placenta est expulsé naturellement, avec quelques pressions sur le fond utérin et quelques tractions sur le cordon. Cette expulsion ne s'accompagne pas d'hémorragie. Le pouls est tombé à 108; il est bien frappé et la pâleur de la malade a disparu.

Quant à l'enfant, il a mis longtemps à pousser son premier cri et il a fallu le surveiller de près, pendant les premières minutes. C'est un garçon pesant 3410 grammes.

Le placenta est complet et pèse 510 grammes.

Le soir de l'opération, la malade avait 37° 2 et un pouls à 120. Elle a uriné seule dans le courant de la nuit.

15 février. — Température 37° 7; pouls 96. La malade purgée est allée abondamment à la selle.

16 février. — On panse la malade, on enlève le drain par lequel s'écoule une quantité assez considérable de liquide noirâtre, très fétide. On repasse un drain moins gros que le premier. L'utérus est indolore, le ventre souple, l'utérus, à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic est incliné à droite.

19 février. — La malade va bien. Elle commence à allaiter son enfant, mais, par l'orifice du drain, il sort toujours une quantité notable de pus, à odeur extrêmement fétide.

21 février. — La température est montée à 38° 4. C'est le maximum thermique atteint une seule fois par la malade. Le drain est enlevé et il s'écoule toujours, par le trajet, une assez grande quantité de pus. L'utérus est à 7 centimètres de la symphyse; le ventre est partout très souple et indolore.

25 février. — La température est de 37° 2 Le pouls est à 96. La malade va très bien; elle nourrit son enfant; mais la petite fistule n'est pas encore tarie.

1^{er} mars. — Depuis le 26 février, une phlébite gauche s'est déclarée. La malade souffre peu; elle n'a pas eu d'élévation thermique au-dessus de 38°.

Ce matin : température = 37° 4.

4 mars. — La température est de 38° au matin; elle s'est élevée jusqu'à 38° 9 hier soir.

L'état général de la malade se maintient satisfaisant; le sommeil est bon, cependant elle se plaint d'un point de côte à gauche.

Au niveau de la cicatrice opératoire, on constate une supuration assez intense.

Comme la fistule donne toujours et s'accompagne, dans la direction de la suture, d'un long boyau dur, on l'explore : décollement et mise en place d'un drain.

6 mars. — La température se maintient à 38°. On purge la malade. On lui donne 0 gr. 50 de pyramidon.

10 mars. — La courbe de température oscille entre 37° 5 et 38°. Ce matin 38° 2.

13 mars. — Nouvelle purgation. Quant à la température, jusqu'au 20 mars elle se maintient journellement à 37° 5.

20 mars. — Nouvelle ascension de la température jusqu'à 38° 5.

21 mars. — On constate que la fistule est tarie.

Depuis lors la température redescend lentement et régulièrement vers la normale.

4 avril. — 37° 2. Etat général satisfaisant.

20 avril. — La malade se lève et entre dans sa convalescence.

L'enfant a présenté depuis sa naissance une courbe de poids régulière : venu au monde avec un poids de 3.410 gr., 4 jours après, il pesait 3.130 grammes; 21 jours après c'est-à-dire le 7 mars, son poids était remonté à 3.700 grammes.

OBSERVATION II. — 19 février 1910

(Inédite. — Césarienne supra-symphysaire pratiquée à droite)
Service de M. le Professeur FABRE

B..., J..., 20 ans brosière.

Pas d'antécédents héréditaires, quatre frères et deux sœurs en bonne santé.

A été nourrie par sa mère, et a fait ses premiers pas à trois ans; la malade dit avoir eu la rougeole vers 6 ans; quant à sa première enfance, elle croit avoir été chétive et avoir eu mal au ventre ainsi qu'une de ses sœurs, mais, elle ne se souvient ni d'avoir été nouée, ni d'avoir eu gros ventre.

Réglée à 14 ans et depuis régulièrement. Actuellement, la malade ne présente aucun signe apparent de rachitisme, si ce n'est un peu de genu-valgum, les jambes courtes et une

taille inférieure, puisqu'elle ne mesure que 1 m. 43.

On ne relève aucun signe de syphilis, ni de tuberculose.

Examen des différents viscères négatif, urine sans albumine.

La grossesse actuelle, qui est la première, a été assez bien supportée et n'a occasionné que les vomissements et malaises habituels, dans les premiers mois.

Les dernières règles étaient du 15 au 20 mai 1909, l'accouchement probable est donc pour le 20 février 1910.

La malade a perçu les premiers mouvements fœtaux à quatre mois.

3 février. — Hauteur utérine = 30. Tête haute, très mobile, dos à droite ; bruits du cœur normaux.

Examen du bassin. — Le toucher montre une présentation très élevée. Le col est à gauche et en avant ; le segment, inoccupé, commence à se constituer.

Le diamètre promonto-sous pubien est de 9 centimètres 5. On fait facilement le tour du détroit supérieur et l'on sent une projection très marquée des deux cotyloïdes, surtout à gauche ; il y a un faux promontoir sacré ; il s'agit d'un bassin aplati et généralement rétréci.

19 février. — La malade entre à la salle de travail à 3 h. du matin ; la dilatation est à 3 centimètres. Le col est mince, la poche des eaux est volumineuse et bombe bien pendant les contractions ; la présentation est inatteignible. Hauteur utérine = 32.

Tête mobile, débordant la symphyse pubienne ; dos à gauche.

Petites parties à droite, épaule à 12 ^c/_m de hauteur et 8 ^c/_m de distance de la ligne médiane.

Bruits du cœur bien frappés à 130 ; utérus médian dont la corne droite est plus développée. Les douleurs de dilatation se succèdent presque sans interruption, on décide donc l'intervention.

Opération. — Anesthésie à l'éther, on injecte 100 grammes

d'eau dans la vessie et l'on fait l'incision à droite. On sectionne les différents plans de la paroi abdominale et, en dehors, le ligament rond, entre deux pinces. Le clivage du péritoine sur la vessie est très pénible ; en effet la vessie est fortement déviée à droite et gêne beaucoup pour arriver sur la surface du segment.

On arrive cependant à mettre à nu la surface segmentaire à inciser ; on la dénude sur la hauteur nécessaire de 14 à 15 centimètres. La vessie est réclinée en dedans, tandis qu'un aide maintient en haut et en dehors, le cul-de-sac péritonéal décollé. On incise alors le segment verticalement et la face apparaît dans l'incision. Une cuiller de forceps, introduite sous la tête, enuclée celle-ci et l'on enlève facilement l'enfant sans déchirure. On sectionne le cordon que l'on fait passer par le col, en crevant la poche des eaux. La section segmentaire n'a pas donné lieu à une hémorragie de plus de 30 ou 40 grammes de sang, la veine circulaire de l'anneau de Bandl n'ayant pas été sectionnée. L'enfant, né en état d'asphyxie blanche, a été cependant facilement ranimé et a poussé son premier cri $1\frac{1}{4}$ d'heure après. On pratique alors la reconstitution des différents plans de la paroi. Points séparés et surjet à la soie pour le segment, les autres plans sont suturés comme de coutume.

L'opération commencée à 10 heures est terminée à 11 h. 40.

A ce moment, l'utérus est à quatre travers de doigts au-dessus de l'ombilic, mesure transversalement 9 centimètres et est très dur ; on fait 500 grammes de sérum artificiel ; le pouls est à 98, un peu dicrote. Durant toute l'après-midi, le pouls est resté aux environs de 85 et la malade n'a pas eu le moindre symptôme d'hémorragie. Le soir, vers 6 heures, le pouls était à 100 et la température à 38,7, l'utérus dur. A 8 heures du soir, le placenta n'étant pas expulsé, on introduit les doigts dans le vagin et on retire le délivre qui s'y trouvait en enuér : celui-ci était retenu par le corps périnéal qui, n'ayant pas été dilaté, empêchait l'expulsion spontanée. Le placenta et les membranes sont au complet. L'hémorragie est

d'au plus 60 grammes; le sang se trouve en arrière du placenta, sous forme de caillots; le placenta pèse 440 grammes, mesure 17/19 et l'insertion du cordon est vélamenteuse, en raquette. Il s'agit d'une véritable délivrance retardée normale. Le lendemain, la malade avait 39,4 et 110 au poulx, avec un bon état général. Cette température est tombée en lysis, en sept jours et n'a plus dépassée 37,4, le soir. Le deuxième jour après l'opération, on enleva le premier drain, par où s'étaient écoulées beaucoup de sérosités, un peu louches et odorantes. Quatre jours après l'opération, on enlève le deuxième drain et il ne sort par son orifice qu'une cuillerée à café de pus. Dix jours après l'opération, la fistule ne donnait presque plus, et la malade, avec un état général excellent, ne se plaignait d'aucune sensation douloureuse. Les fils cutanés enlevés montraient une bonne réunion par par première intention, sans placards œdémateux profonds, au niveau de l'incision de la paroi. Quinze jours après l'opération, la fistule est tarie et la malade part complètement guérie. L'utérus est gros comme une petite orange, non douloureux, très mobile et l'on ne sent aucune cicatrice.

OBSERVATION III

Section césarienne sous-péritonéale latéralisée « procédé de
Dœderlein ». Par M. DOLÉRIS.

« J'ai fait l'opération de Dœderlein, ce matin, sur une femme qui ne devait sûrement pas accoucher seule; elle avait un bassin de 9 centimètres 1/2, était à terme, avec un gros enfant

Par avance, j'avais résolu de pratiquer chez elle, aujourd'hui même, la césarienne primitive. La femme était dans les conditions les plus favorables lorsque mon interne me téléphona ce matin, à 6 h. 1/2 qu'elle avait perdu les eaux et que l'opération ne serait plus une opération primitive. Je me trouvais donc dans les conditions requises pour l'opé-

ration de Dœderlein qu'il ne faut pratiquer que quand le segment inférieur est dilaté au maximum, et quand l'utérus est contracté depuis assez longtemps. La tête était encore haute, quand j'arrivai à l'hôpital ; mais le segment inférieur devait être distendu, car le col était effacé. Quant à ce point spécial de la distension du segment inférieur, je n'étais pas renseigné en raison de la perte des eaux, et je suis allé un peu à l'aventure.

L'opération est d'une simplicité enfantine : il faut inciser le long de l'arcade de Fallope, découvrir l'aponévrose, l'inciser, inciser les muscles ou plutôt les désinsérer, reconnaître la vessie distendue préalablement avec 250 grammes de liquide (c'est parfaitement inutile parce qu'on le voit aisément par transparence) ; on est dès lors sur la face profonde du péritoine et on fait le décollement de la séreuse très rapidement. En quelques secondes, on a mis à découvert le relief inférieur et transparent du cul-de-sac péritonéal, on le récline en haut. Ceci n'a pas été très facile. Je me suis alors trouvé en présence du tissu musculaire dénudé du segment inférieur, qui n'avait pas plus de 5 à 6 centimètres de hauteur ; de sorte que l'incision verticale m'aurait conduit sur le corps par en haut, ou sur le vagin par en bas ; j'ai donc fait une incision très oblique, et je suis arrivé sur la tête fœtale. La tête n'est pas venue toute seule ; on ne peut pas extraire aisément un sommet avec les doigts, à travers une telle boutonnière. L'aide a fait de l'expression énergique et l'expulsion s'est faite ainsi assez péniblement. Ici une faute de technique, un accident : pour extraire la tête, on m'avait préparé un forceps brûlant, stérilisé à la minute, par suite d'un oubli. Il m'a fallu me passer de cet instrument indispensable avec l'opération actuelle.

La délivrance s'est effectuée très rapidement.

Après la délivrance, il y a eu un nouvel à-coup : le sang est venu, en assez grande quantité, d'un point que je ne voyais pas. J'ai fait faire une injection d'ergotine, à tort certainement, et une minute après, la contraction du corps de

l'utérus a fait gicler le sang d'une foule de petites artérioles utérines au point incisé.

L'opération en somme s'est faite très rapidement, très facilement. Les fibres musculaires paraissent coupées dans le sens de la longueur et pas du tout dans le sens transversal. Je n'ai pas fait de drainage extérieur, j'ai pratiqué seulement un drainage utéro-vaginal.

C'est une opération que j'aurais pu faire en 30 minutes sans les incidents. Il m'a fallu 10 minutes de plus, étant donné l'outillage insuffisant et l'impossibilité d'extraire la tête au moyen de l'instrument propre à cet office.

OBSERVATION IV

M. le professeur DÖDERLEIN (*Zentralblatt für gynäkologie* 1909, n° 4).

K. W... âgée de 23 ans. Primipare.

Au palper, on perçoit un fœtus assez volumineux au O. I. D. P.

A l'examen du bassin, on remarque que celui-ci est un bassin généralement rétréci plat et rachitique. Diamètre conjugué vrai = 8.

Vingt-quatre heures après le début du travail, quelques heures après la rupture de la poche des eaux, le toucher révèle ce qui suit : tête encore haute, le col est dilaté comme une pièce de 5 francs.

A l'auscultation : bruits ralentis.

Issue de méconium.

Vu l'étroitesse des voies génitales, chez une primipare, et les dangers de mort du fœtus, on procède à l'opération.

Naissance d'un enfant du sexe mâle pesant 3500 grammes et d'une taille de 51 centimètres.

Suites opératoires : la malade ressent, durant les deux premiers jours qui suivent l'opération, quelques douleurs dans le membre inférieur droit. A l'examen, on ne constate pas d'enflure de la jambe. Dans le courant de la deuxième

semaine, un abcès superficiel se déclare au même niveau ; guérison facile. Depuis lors, heureuse convalescence sans incident à noter.

OBSERVATION V

M. le professeur DÖDERLEIN. (*Annales de Gynakologie* 1909, n° 4)

M. W. primipare âgée de 38 ans.

Au palper, fœtus en O. I. G. A., de grosseur moyenne.

Le bassin est plat et rachitique.

Diamètre conjugué vrai = 8.

Cette femme, en travail depuis 4 jours, nous est envoyée par deux médecins de la ville.

A l'arrivée à la clinique, on procède à l'examen de la parturiente. Voici ce que l'on constate : au toucher : la tête est perçue haute.

A l'auscultation : bruits du cœur ralentis.

Issue de méconium.

La rigidité des parties molles, chez une primipare déjà âgée, nous décide à l'opération.

Technique opératoire susdite.

Naissance d'un enfant pesant 3.000 grammes d'une taille de 50 centimètres. L'enfant présente un crâne large et dur.

Le temporal gauche chevauche sur le temporal droit.

La tête du nouveau-né est complètement asymétrique et présente au niveau du temporal droit des marques de pression.

Au cours de l'opération, nous devons mentionner une légère blessure faite au péritoine par les branches du forceps. Pendant que nous procédions à l'extraction de l'enfant, les cuillers vinrent léser la séreuse, en sorte que la cavité péritonéale fut un instant ouverte. Immédiatement, par quelques points de suture, la brèche fut refermée.

C'est pourquoi dans les cas futurs, je chercherai à repousser encore plus haut le repli péritonéal vésico-utérin.

Comme suite opératoires, rien à signaler : cicatrisation parfaite de la plaie opératoire, sans drainage comme dans le cas précédent.

Guérison sans incident.

La mère et l'enfant furent renvoyés en bonne santé.

OBSERVATION VI

M. le Docteur FUCHS, de Dantzig, *Zentralblatt für Gynäkologie*,
1909, n° 21

E. M..., primipare de 21 ans.

Les données sur les dernières règles et les mouvements du fœtus sont tout à fait incertaines.

Cette femme fait son entrée dans ma clinique le 9 janvier 1909 : on procède à l'examen de la malade dont la grossesse est presque à terme.

Le corps est trappu et ramassé : pannicule adipeux très développé. On ne constate pas de signes de rachitisme. Abdomen très proéminent.

Au palper : on perçoit le fœtus en O. I. G. A. ; la tête est mobilisable au-dessus du pubis.

Au toucher : mauvais arc antérieur.

Le sacrum est légèrement aplati et la ligne innominée est facile à sentir.

Les épines sciatiques sont fortement saillantes et le promontoire est situé très bas.

Diamètre conjugué vrai = 9 cm.

Mauvais état des parties molles : vulve étroite et vagin très serré, permettant seulement l'introduction de 2 doigts.

17 Mars, 5 heures du soir : après 22 heures de travail et malgré de bonnes douleurs, se succédant assez régulièrement, la tête reste encore au-dessus du détroit supérieur. Le temporal antérieur est fortement proéminent au-dessus du pubis. Au toucher, on perçoit un col dilaté à 4 cm. ; la poche des eaux n'est pas rompue ; la tête est fixée à l'entrée

du bassin. La suture sagittale est en transverse, à 2 cm. seulement de la paroi antérieure du bassin.

Devant l'état défectueux des voies génitales, nous abandonnons le projet d'une pubiotomie que nous nous étions proposée et nous nous décidons à l'opération suprasymphysaire.

A 8 heures, après avoir obtenu la rupture de la poche des eaux, et une complète dilatation du col, nous procédons à la césarienne extrapéritonéale d'après la technique de Döderlein-Latzko. On soulève un peu le bassin et l'on remplit la vessie de 270 cmc d'eau stérilisée jusqu'à ce que les contours de cet organe soient nettement visibles. La vessie se trouve repoussée à droite, son bord gauche ne dépassant que de 2 à 3 cm seulement la ligne médiane.

A ce moment, on pratique, à gauche, l'incision de Pfannenstiel qui est prolongée, à droite, d'environ 4 cm, au-delà de la ligne blanche. On décolle le péritoine et on le repousse vers le haut; on incise alors légèrement le grand droit de l'abdomen. Puis on sépare, avec beaucoup de difficultés, la vessie du col de l'utérus et l'on attire celle-ci à droite jusqu'à ce qu'elle vienne presque à disparaître sous le muscle grand droit du côté opposé. A cet instant, il ne nous paraît pas absolument utile de décoller la vessie du vagin. Quant au feuillet péritonéal vésico-utérin, qui s'étend en arc depuis la partie supérieure de la vessie jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure, on le récline en haut avec facilité. L'utérus est ainsi mis à nu sur une largeur de main au-dessus du pubis gauche,

Pas de lésion péritonéale, pas d'hémorrhagie. A ce moment, on ne voit plus, sur le segment inférieur, qu'une mince lame de tissu fragile et transparent. On écarte la vessie et le repli péritonéal, au moyen de grands écarteurs, ce qui libère complètement le col de l'utérus qui bombe en forme de cloche. L'on repère la ligne médiane puis l'on pratique très prudemment, sur une longueur d'environ 10^{cm}, l'incision de la très mince paroi utérine (épaisse en

cet endroit de 3 ou 4 millimètres). C'est alors que le temporal antérieur fait saillie en avant, entre les deux lèvres de l'incision. On met le forceps en place. On opère la rotation de l'occiput en avant, puis, en élevant fortement les manches du forceps vers la paroi abdominale, l'on appuie le synciput sur la symphyse pubienne. Simultanément par une traction horizontale, l'on obtient la déflexion de la tête qui est extraite par la fente opératoire. Par de légères manœuvres, on aide au dégagement du tronc. — Naissance d'un enfant du sexe masculin, robuste et bien constitué, pesant 4,400 grammes et d'une taille de 54 centimètres. Les dimensions de la tête fœtale sont les suivantes :

Diamètre bipariétal.....	10 ^c /m.
« bitemporal.....	8 ^{cm} .
« Occipito-frontal.....	11, 5.
« Occipito-mentonier.....	13, 5.
« Sous-occipito-bregmatique	9, 5.
Tour de tête.....	37 ^c /m.

Les os sont durs et les sutures très serrées.

La délivrance s'effectue facilement : un peu de Crédé et le placenta est expulsé avec les membranes au complet.

Le segment inférieur incisé semble, après l'accouchement, fortement traumatisé : c'est une poche flasque, très extensible, au niveau de laquelle on ne perçoit pas de contraction. La plaie est refermée par des points de suture au catgut iodé, la paroi abdominale est reconstituée en 4 plans et l'on met en place une mèche de gaze, très étroite, qui part depuis l'espace prévésical jusqu'à la partie moyenne de la plaie opératoire.

Suites de l'opération : convalescence sans incident, la plus forte température étant de 38°. Cicatrisation par première intention, sauf cependant une petite fistule qui guérit rapidement. On note, encore 6 semaines après l'accouchement, la situation de l'utérus à un travers de doigt au dessus de la ligne du pubis. Le corps utérin est en rétroflexion, à angle

très aigu, cependant facile à redresser. A noter, dans l'excavation pelvienne, à la partie antérieure gauche, une légère infiltration.

OBSERVATION VII

Dr JAHREISS. — Césarienne extrapéritonéale
(*Zentralblatt für Gynækologie und Obstetrik*, 1909, n° 33).

X..., 25 ans, primipare.

Pelvimétrie externe : 25^{cm}, 26^{cm}.

Pelvimétrie interne : Diamètre conjugué vrai = 7^{cm} 3/4
(mesure prise par Gauss, après l'accouchement).

Les dernières règles datent du début de juillet 1908.

Les douleurs apparaissent, le 13 avril 1909, à 9 heures du matin.

Palper : fœtus en présentation du sommet ; tête mobilisable au-dessus des pubis.

Toucher : à 6 heures du soir, on constate ce qui suit : l'orifice cervical est largement dilaté ; la poche des eaux n'est pas rompue.

9 heures du soir : on décide l'opération ; pendant les préparatifs, rupture de la poche.

Opération : on remplit la vessie d'une quantité moyenne de liquide. On incise obliquement la peau et le tissu cellulaire. On repousse carrément le grand droit. La vessie se laisse facilement décoller de l'utérus, on la refoule en haut et à droite, non sans lutter un peu contre la résistance offerte par le ligament pubovésical : celui-ci n'a pas besoin, malgré tout, d'être sectionné. La main, munie d'une compresse, on écarte la vessie, on incise le segment : Hémorragie assez abondante. On met le forceps en place, mais les cuillers glissent et viennent blesser le péritoine qui, jusque là, était resté intact. Manuellement, on opère le dégagement du fœtus, on enlève le placenta, l'enfant est en état de légère asphyxie. On ferme la brèche péritonéale par un surjet con-

tinu au catgut. On laisse la vessie revenir en place et on la fixe par quelques points de suture. On referme la plaie opératoire et l'on fait à la malade une injection d'ergotine.

Enfant : poids.....	=	3.250 grammes
hauteur.....	=	50 centimètres.
Circonférence céphalique.	=	34 centimètres.
Périmètre (aux épaules)...	=	37 centimètres.

Mère : les suites de couche sont normales jusque vers le quatrième jour. A cette époque, l'on constate des poussées de température, causées par un assez volumineux abcès au niveau d'un point de suture.

Le 31 mai, voici ce que l'on relève à l'examen : cicatrice abdominale solide, excellente involution utérine, col encore élevé par suite de la fixation haute de la matrice.

La lésion du péritoine, produite par le glissement des cuillers, fut heureusement cicatrisée. Il s'agissait, il est vrai, d'un cas sans infection. Ce petit accident fut causé simplement par la trop faible étendue de l'incision, ce qui évidemment rendit très difficile la mise en place du forceps.

OBSERVATION VIII

Césarienne supra-symphysaire réitérée (RUBESKA, de Prague).

Ipore, 24 ans.

En 1906, césarienne transpéritonéale supra-symphysaire ; forceps ; enfant de 2.600 grammes ; mère guérie.

En 1910, 2^e grossesse. Rupture de la poche des eaux le 12 mars ; fortes douleurs toutes les cinq minutes. On propose l'opération : supra-symphysaire comme ci-dessus : on examine la suture du segment inférieur, que l'on retrouve grâce aux soies. Section longitudinale du col et du segment inférieur. Enfant vivant de 3,080 grammes ; délivrance avec hémorragie que l'on arrête par un tamponnement. Guérison.

CONCLUSIONS

I. — L'opération césarienne supra-symphysaire extrapéritonéale permet, grâce à son incision latérale, pratiquée sur le segment inférieur de l'utérus, de respecter absolument le péritoine et d'effectuer ainsi un accouchement vraiment extrapéritonéal.

II. — Les indications sont limitées aux bassins rétrécis, dans les cas de primipares où l'hébotomie ne donne pas de bons résultats, ou de multipares dont les parties molles cicatricielles ne permettent pas l'extraction fœtale sans déchirure.

En ce qui concerne le placenta prævia, l'éclampsie, les présentations vicieuses, la méthode extrapéritonéale ne présente pas d'avantages et est contre-indiquée.

III. — Les avantages de l'opération sont :

1^o Au point de vue de la technique opératoire : la faible importance de l'hémorragie, l'absence de risques infectieux du côté de la cavité péritonéale.

2^o Au point de vue des suites opératoires : les cicatrices observées jusqu'ici, sur les malades réopérées, se sont bien comportées ; sur 17 cas, la cicatrice a très bien résisté aux accouchements ultérieurs.

IV. — Les résultats donnent comme mortalité :

Mortalité maternelle... 5,73 %

Mortalité foetale 4,58 %

En résumé : La césarienne extrapéritonéale mérite d'être conservée dans la thérapeutique obstétricale des rétrécissements du bassin, mais il est indispensable d'en déterminer les indications précises. Ses indications seraient exactement superposables à celle de la césarienne retardée :

A) Chez les primipares :

a) dans les bassins aplatis de 7 à 8 cm.

b) dans les bassins aplatis et généralement rétrécis de 9 à 8 cm.

c) dans les bassins généralement rétrécis de 10 à 9 cm.

B) Chez les multipares : dans les mêmes formes

de bassins quand ces parties molles sont ciatri-
cielles.

Au-dessus de ces limites, la césarienne précoce
classique est indiquée, tout à fait au début du travail,
sans période d'attente.

Le Président de la Thèse,

E. FABRE.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Lyon, le 8 décembre 1910.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

Annales de la Société obstétricale de France, 1909, 1910, 1911.

BAÏSCH K. — *D. medezinische Wochenschrift*, 1909, n° 46.

BAR. — *Leçons de Pathologie obstétricale*, 1900.

BAR. — *Evolution de l'obstétrique en France. L'obstétrique*, 1911, n° 1.

BEAUDELOCQUE. — *Opération césarienne. Nouveau procédé*, 1823.

BEAUDELOCQUE. — *De la gastro-élytrotomie*, 1823.

BEAUDELOCQUE. — — — 1844.

BAUMM. — *Gynæk. Gesellschaft in Breslau*, 1907, 1908.

— *Gesellsch. f. Geb. u. Gyn.*, Berlin, 1910.

— *Congrès international*, St-Pétersbourg, 1910.

— *Zentralblatt f. Gynækologie u. Obstetrik*, 1911, n° 9.

CHOLMOGOROW SS. — *Journal d'obst. et de Gyne.*, 1910.

CZYZEWICZ. — *Extrap. Kaiserschn. Zentralbl. f. Gyn.* 1908.

DEMMELIN. — *Thèse de Paris*, 1887.

DEWEES. — *A. compendions system of. Miderifery*, 1825.

DIEDERLEIN. — *Zentralblatt f. Gyn.*, 1909, n° 4.

— *Über extraper. Kaiserschnitt und Hebeostomie*.
Berlin, 1911.

DOLERIS. — *Compte-rendus de la Société d'obstétrique et Gy.* Tome XI, 1909.

- DUNCAN. — New-York médic. Journal., 1887, II.
- DÜHRSSSEN. — *Der Vaginale Kaiserschnitt*, Berlin, 1896.
- *Berliner Klin. Wochensch.*, 1909.
- EVERSMANN. — *Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg*,
octobre 1909.
- FABRE. — *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*,
février 1910.
- FABRE. — Précis d'obstétrique.
- FABRE. — *Lyon médical*, janvier 1907.
- FRAIPONT. — *L'Obstétrique*, 1909 et 1910.
- FRANK. — *Archiv. f. Gynäk.*, t. LXXXI.
- FRANK. — *Zentralblatt f. Gynækologie u. obstetrik*, 1911,
n° 6.
- FRANQUÉ (VON). — *Zentralblatt f. Gynæk.*, 1909.
- FRANZ. — *Frakt. Ergebnisse der Geb. u. Gyn.*, 1909.
- FREUND. — *Zentralblatt f. Gyn.*, 1909, n° 16.
- FROMME. — *Zentralblatt f. Gynæk*, 1907, n° 17.
- FUCHS. — *Zentrabl. f. Geb. u. Gyn.*, 1909, n° 21.
- GAILLARD-THOMAS. — *Americ. Journal of Obst.* (mai 1870).
- GOTTSCHALK. — *Gesellschaft f. Geb. u. Gyn. zu*, Berlin, 1910.
- HAMMERSCHLAG. — *Gesellschaft für Geb., u. Gyn.*, 1910,
Berlin.
- HARTMANN. K. — Césarienne supras. itérative. — *Gyn.*
Rundschau, 1919, n° 20.
- *Zentralblatt f. Gyn. u. Obst.*, 1910, n° 28.
- HENKEL M. — *Zeitschrift f. Geburtsh., u. Gyn.*, 1910, n° 2.
- HOLZAPFEL K. — *Sammlung Klin. Vorträge. Gynækologie*,
1909.
- JAHREISS. — *Zentralbl. f. Gyn.*, 1909, n° 7.
- Jahresbericht für Geburtshilfe und Gynækologie*, années
1907-1908-1909-1910-1911.
- JEANNIN CYRILLE. — *L'obstétrique*, 1909.
- *Annales de la S. obstétricale de France*, 1907.
- JUNG P. — Indications et technique de la césarienne classique
et extraper. — *Munchner Medizinische Wochens-
chrift*, 1909, n° 17.

- JÆRG. — *Hanbuch der Geburtshilfe*, Leipzig, 1806-1807.
- KEHRER. — *Beitræge z. Geb. u. Gyn.*, 1909. — Bd. XIV.
- KERMAUNER. — *Monatsch. f. Geb.*, 1909, p. 918.
- KOBLANCK. — *Gesellsch. f. Geb. u. Gyn.* — Berlin, 1910.
- KNOOP C. — Indications de la Cés. extrap. — *Munch. med. Wochenschr.*, 1910, n° 6.
- KOUWER. — La C. classique et la Section César. supra. *L'Obstétrique*, 1911, n° 1°.
- KÜSTNER. — *Gynæk. Gesellschaft zu Breslau*, 1909. décembre.
- LANGE. — *Monatschrift f. Geb. u. Gyn.*, 1910, n° 5.
- LATZKO. — *Wiener-Clin. Wochensch.*, 1909, n° 14.
- LATZKO. — *Zentralblatt f. Gyn.*, 1909, n° 22.
- LATZKO. — *Fraunarzt*, 1910, n° 6.
- LÉOPOLD. — *Zentralblatt f. Gynækologie u. Ob.*, 1911, n° 9.
- LEPAGE. — Comptes rendus de la Société d'obstétrique et Gyn. t XI, 1909.
- LICHTENSTEIN. — *Zentralblatt f. Gyn.*, u. *Ob.*, 1911, n° 26.
- LIEPMANN. — *Gesellschaft f. Geb. u. Gyn. zu.*, Berlin, mars 1910.
- MATHAEI. — *Geburtsh. Gesellschaft zu Hamburg*, 3 octobre, 1909.
- MORAWSKI K. — *Fræglad lekarski*, 1910.
- NÜREMBERGER. — *Zentralbl. f. Geb. u. Gyn.*, 1909, n° 26. *L'Obstétrique*. — Année 1907, 1908, 1909, 1910, 1911.
- OLOW J. — *Zentralblatt. f. Gyn. u. Ob.*, 1910, n° 21.
- OLSHAUSEN. — *Gesellsch. f. u.* Berlin, 1910.
- OPITZ. — Congrès international de St-Pétersbourg, 1910.
- PARREL J.-M. — Thèse de Montpellier, 1911.
- PESTALLOZZA. — Congrès international de St-Pétersbourg, 1910.
- PFANNENSTIEL. — Traitement du Placenta prævia. *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1909, p. 265.
- PFANNENSTIEL. — *Gesellsch. f. Geb. u. Gyn.*, Berlin, 1910.
- POLANO. — Sectio cervicalis posterior, *Zentralblatt f. Gynækologie*, 1911, n° 40.

- POTOCKI. — C. rendus de la Soc. d'Obst. et de Gyn, 1909.
Presse Médicale, 1909.
- RICHTER. — *Zentralblatt f. Gynakologie u. Ob.*, 1911.
- RITGEN. — *Annales de la Clinique de Heidelberg*, n° 1, 1825.
- ROSTHORN (VON). — *Monatsch. f. Geb u. Gyn.*, 1909.
- ROUTH. — Congrès international de St-Pétersbourg, 1910.
- RUBESKA W. — Césarienne supra-symph. itérative. *Zentralblatt*, 1911, n° 35.
- RUNGE E. — *Zentralblatt f. Gyn. u. Obst.*, 1910, n° 24.
- SCHAUTA F. — *Monatsch. f. Geburtsh. u. Gy.*, n° 1, 1910.
- SCHEFFZEK. — Césarienne suprasymphysaire itérative. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1909.
- SCHEURER P. — *Génakologia Helvetica*, 1909.
- SELIGMANN. — *Geb. Gesellschaft, zu Hamburg*, octobre 1909.
- SELLHEIM. — *Beitrage zur Geburtsh u. Gy.*, 1908, T. XIII.
- SELLHEIM. — *D. méd. Wochenschr.*, 1908, n° 40.
- SELLHEIM. — Placenta prævia et Cés. extrap. *Zentralblatt. f. Gyn.*, 1908, n° 40.
- SELLHEIM. — *Monatschrift f. Geburtsh.*, 1909, t. XXIX.
- SELLHEIM. — *Beitrage Z. Geburtsh u. Gyn.*, 1909, t. XIV.
- SIGWART. — *Gesellschaft für Geb. u. Gyn. zu*, Berlin, 1910.
- SKENE. — *New-York Medical*, 1874.
- SOLMS. — *Zentralblatt f. Gy.*, 1910, n° 48.
- STRASSMANN. — *Gesellsch. f. Geb. u. Gyn.*, Berlin, 1910.
- STREIT W. — *Zentralblatt f. Gyn.*, 1910, n° 43.
- VEIT J. — *Sammlung Klin. Vorträge. Gynæk.*, 1909, n° 189.
- VELDE (Van der). — Congrès international de Gyn. et d'Obst. à St-Pétersbourg, 1910.
- WALCHER. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1911-4.
- WALLICH. — Comptes rendus de la Société d'Obstétrique et de Gyn., t. XI, 1909.
- WINKEL (F. von). — *Handbuch der Geburtshilfe*, t. III.
Zentralblatt für Gynækologie und Obstétrik. — Années 1908-1909-1910-1911.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
CHAPITRE PREMIER. — Historique de la Césarienne supra-symphysaire	15
CHAPITRE II. — Technique opératoire	31
CHAPITRE III. — Indications de la Césarienne extra-péritonéale.....	51
CHAPITRE IV. — Résultats opératoires et statistique...	70
— V. — Discussion de la Méthode.....	75
— VI. — Observations	83
— VII. — Conclusions.....	102
— VIII. — Bibliographie.....	105
